

Rapport final de recherche

**Equité géographique et politiques décentralisées :
normes et mesures en matière d'aide à l'autonomie
des personnes âgées (EQUIDEC)**

**Blanco-Cazeaux Inaki, Bonnet Carole, Bourreau-Dubois Cécile (resp
scientifique), Carrère Amélie, Fontaine Roméo, Gramain Agnès,
Jusot Florence, Thébaut Clémence, Wittwer Jérôme**
Avec contribution de **Dumas Baptiste**

20 février 2025

Soutenu par : la CNSA

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	3
Résumé.....	4
Abstract	6
Synthèse longue	8
Rapport scientifique complet.....	22
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	81

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Equité géographique et politiques décentralisées : normes et mesures en matière d'aide à l'autonomie des personnes âgées

Blanco-Cazeaux Inaki, **Bonnet** Carole, **Bourreau-Dubois** Cécile (resp scientifique), **Carrère** Amélie, **Fontaine** Roméo, **Gramain** Agnès, **Jusot** Florence, **Thébaut** Clémence, **Wittwer** Jérôme (et avec la participation de Baptiste Dumas)

CONTEXTE

En France, les conseils départementaux ont en charge la gestion de la politique d'aide et d'accompagnement à destination des personnes âgées dépendantes. Cette spécificité s'inscrit dans un cadre législatif défini au niveau national laissant une certaine liberté à chaque conseil départemental, lui permettant en théorie de mieux répondre aux besoins et aux préférences de ses administrés et d'orienter la politique sociale. Par ailleurs, les départements font face à des contraintes exogènes variables, qu'elles soient démographiques, épidémiologiques ou économiques. Ces différents facteurs constituent autant de sources de variation possible en termes de résultats d'accès aux différentes offres d'aide et d'accompagnement. Si ces différences géographiques soulèvent régulièrement dans les débats publics des questions en termes d'équité de l'action publique à l'égard des personnes âgées dépendantes, il s'avère pour autant que la norme d'équité sous-jacente est rarement explicitée, rendant délicate l'appréciation et la mesure des inégalités géographiques qui seraient inacceptables et qu'il faudrait alors supprimer.

OBJECTIFS

Dans ce contexte, l'objectif de la recherche EQUIDEC est double : i) élaborer des cadres normatifs permettant d'interpréter ces inégalités géographiques en termes d'inégalités justes ou injustes, dans le respect de la décentralisation, et ii) construire les données permettant de mesurer les inégalités géographiques en matière d'aide à l'autonomie des personnes âgées et de les interpréter en termes d'inéquité.

METHODOLOGIE

Pour mener la recherche, l'équipe a étudié une famille particulière et originale d'indicateurs d'accessibilité aux Ehpad, combinant les dimensions d'accessibilité géographique et d'accessibilité financière tout en tenant compte de la contrainte que l'intensité de la demande potentielle fait peser sur la disponibilité des places. Pour calculer ces indicateurs à l'échelle nationale comme à l'échelle départementale, la recherche a mobilisé de nombreuses bases de données pour caractériser les établissements du secteur (EHPA 2019, Finess, CNSA) et les individus (Fideli). En parallèle, l'équipe a cherché à identifier pour cette famille d'indicateurs ses dimensions et enjeux normatifs.

PRINCIPAUX RESULTATS

Les enseignements et résultats issus des travaux sont pluriels. Tout d'abord, la recherche propose une grille d'analyse normative permettant d'apprécier les inégalités interdépartementales de prise en charge de la perte d'autonomie dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées. Ensuite les travaux ont permis de produire

un état des lieux des différents régimes départementaux en matière de tarification et d'habilitation, et de construire un indicateur original d'accessibilité géographique et financière en Ehpad (AGFE). Enfin, les travaux menés sont à l'origine de différents résultats empiriques et méthodologiques. Ils ont permis de quantifier l'accessibilité des EHPAD et son évolution en fonction du niveau de revenu, à l'échelon national et à l'échelon départemental. De plus, à partir de la réflexion sur les modalités de calcul de l'indicateur, les travaux ont permis d'analyser le rôle des différents leviers de politique publique sur le niveau et le profil d'AGFE, et d'illustrer comment l'indicateur d'AGFE pourrait être utilisé pour simuler l'impact de modification des paramètres de ce type de politique.

APPORTS / IMPACTS POTENTIELS

Au terme de cette recherche qui a contribué à consolider son expertise théorique, méthodologique et empirique en matière d'évaluation des inégalités interdépartementales dans un contexte de politiques partiellement décentralisées, l'équipe est en mesure de commencer une nouvelle recherche de plus grande ampleur, Equidec 2, visant à évaluer l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme (à domicile et en institution) en France.

Summary

GEOGRAPHICAL EQUITY AND DECENTRALIZED POLICIES : STANDARDS AND MESURES TO HELP THE ELDERLY LIVE INDEPENDENTLY

Blanco-Cazeaux Inaki, Bonnet Carole, Bourreau-Dubois Cécile (scientific manager), **Carrère Amélie, Fontaine Roméo, Gramain Agnès, Jusot Florence, Thébaut Clémence, Wittwer Jérôme** ((et la participation de Baptiste Dumas)

CONTEXT

In France, the departmental councils are responsible for managing the policy of assistance and support for dependent elderly people. This specificity is part of a legislative framework defined at national level, leaving a certain amount of freedom to each departmental council, enabling it in theory to better respond to the needs and preferences of its constituents, and to steer social policy. At the same time, the départements are faced with varying exogenous constraints, whether demographic, epidemiological or economic. These different factors are all sources of possible variation in terms of the results of access to the various offers of help and support. While these geographical differences regularly raise questions in public debate about the fairness of public action towards dependent elderly people, the underlying standard of fairness is rarely made explicit, making it difficult to assess and measure geographical inequalities that would be unacceptable and should therefore be eliminated.

OBJECTIVES

In this context, the aim of EQUIDEC's research is twofold: i) to develop normative frameworks for interpreting these geographical inequalities in terms of fair or unfair inequalities, with due respect for decentralization, and ii) to construct data for measuring geographical inequalities in terms of independent living assistance for the elderly, and for interpreting them in terms of inequity.

METHODS

To conduct the research, the team studied a particular and original family of Ehpad accessibility indicators, combining the dimensions of geographical accessibility and financial accessibility, while attempting to take account of the constraint that the intensity of potential demand places on the availability of places. To calculate these indicators at both national and departmental levels, the research mobilized numerous databases to characterize the sector's establishments (EHPA 2019, Finess, CNSA) and individuals (Fideli). In parallel, the team sought to identify the normative dimensions and issues for this family of indicators.

MAIN RESULTS

The findings and results of the research are manifold. First, the research provides a normative analytical framework for assessing interdepartmental inequalities in the provision of care to people suffering from loss of autonomy in a context of partially decentralized public policies. Next, the work produced an inventory of the different departmental systems in terms of pricing and authorization, and the construction of an original indicator of geographical and financial accessibility in Ehpad (AGFE). Finally, the work carried out a series of empirical and

methodological results. It has made it possible to quantify the accessibility of EHPADs and its evolution according to income level, both at national and departmental levels. In addition, by considering the methods used to calculate the indicator, the work has made it possible to analyze the role of different public policy levers on the level and profile of AGFE, and to illustrate how the AGFE indicator could be used to simulate the impact of changing the parameters of this type of policy.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

At the end of this research, which has helped to consolidate its theoretical, methodological and empirical expertise in the assessment of interdepartmental inequalities in a context of partially decentralized policies, the team is able to start a new, larger-scale research project aimed at assessing geographical equity in access to long-term care (home and institutional) in France.

Synthèse longue

Equité géographique et politiques décentralisées : normes et mesures en matière d'aide à l'autonomie des personnes âgées. Application à un indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad

Bourreau-Dubois Cécile, Bureau d'Economie Théorique et Appliquée (BETA)

AAP Blanc 2021, Programme « Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap »

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Projet de recherche complet

Rappel du contexte, de la problématique et de l'objectif de la recherche EQUIDEC

En France, les politiques d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont confiées aux conseils départementaux, dans le cadre d'une gestion décentralisée. Bien que le cadre législatif national fixe des lignes directrices, les départements disposent d'une autonomie dans la mise en œuvre de ces politiques, leur permettant d'adapter les services aux besoins locaux. Cette organisation, si elle favorise la proximité et l'adaptabilité, génère aussi des différences inter-départementales significatives dans l'accès à l'offre d'aide et d'accompagnement, les modalités d'aide et les coûts supportés par les bénéficiaires.

Ces disparités inter-départementales sont aujourd'hui bien documentées (voir notamment Ramos-Gorand, 2015 et Carrère et al. 2023 pour un état des lieux successifs). Ainsi les études récentes sur le sujet montrent des écarts importants selon les départements en matière de taux d'équipement (HCFEA, 2022), d'habilitation à l'aide sociale départementale (Abassi et al. 2020), de volume d'aide à domicile subventionnées accordée via l'APA (Arnault, 2020) et de tarifs pour les services d'aide à domicile (Hégé et al. 2015), les résidence autonomie (CNSA 2021a) et les Ehpad (CNSA 2021b). Pour ce qui concerne l'accessibilité aux Ehpad, ces disparités selon le territoire sont manifestes en termes de d'accessibilité géographique (Carrère et al. 2021, Carrère 2023) et en termes d'accessibilité financière, que celle-ci soit approchée par le coût de la prise en charge (Ramos-Gorand, 2015 ; Carrère et al. 2023) ou par le taux d'effort des personnes vivant en institution (Roy, 2023). Ces disparités s'expliquent par des facteurs exogènes, comme les caractéristiques démographiques (structure par âge), épidémiologiques (prévalence de la dépendance) ou économiques (ressources budgétaires locales). Cependant, chaque département est également influencé par des priorités politiques spécifiques, créant une diversité dans les approches et les résultats.

Si l'existence de ces différences géographiques n'est pas surprenante, elle questionne néanmoins l'équité de l'action publique à l'égard des personnes âgées dépendantes. Ainsi, régulièrement la CNSA se voit enjoindre de réaliser des efforts supplémentaires pour lutter contre les disparités territoriales pour répondre à sa mission de « contribuer à l'égalité de

traitement des bénéficiaires [de l'APA et de la PCH] sur le territoire » (Rapport Cour des comptes, 2017), de renforcer les « garanties d'équité entre les territoires » dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (rapport Libault, 2019). Ces injonctions restent cependant relativement peu opératoires faute de l'existence d'une norme d'équité clairement explicitée dans le débat public : que signifie traiter également des individus sur un territoire national dans un cadre institutionnel qui laisse aux autorités locales une large autonomie dans la mise en œuvre de l'action publique ? L'absence de réponse précise à cette question rend difficile l'identification des différences inéquitables et l'élaboration d'une politique pertinente pour les supprimer.

La question est donc de savoir comment passer d'une analyse en termes de différences inter-départementales à une analyse en termes d'inéquité géographique, et ainsi être en mesure de fonder une politique publique de correction de ces injustices.

Dans les pays où les politiques sanitaires et médico-sociales sont dévolues, de manière plus ou moins étendue selon les pays, aux échelons locaux, les préoccupations en matière d'équité géographique en particulier occupent une place importante (Koivusalo et al. 2007). En effet, l'autonomie de décision laissée aux autorités locales laisse une fenêtre de discréption susceptible de conduire à des différences géographiques en matière d'accès aux soins. Pour autant, si la référence à l'équité sur un plan spatial, territorial ou géographique, est fréquente dans les débats et documents publics, cette notion est rarement définie précisément. Or, l'équité, qu'elle soit géographique ou non, est une notion complexe. Ainsi, deux dimensions principales de l'équité sont souvent évoquées : l'équité horizontale et l'équité verticale. La première implique que des individus dans une situation identique soient traités de manière égale, quelle que soit leur localisation géographique. La seconde considère que des individus dans des situations différentes doivent être traités de manière différenciée pour corriger les inégalités contextuelles et viser une égalité de résultats. Par ailleurs, dans le cas de l'équité géographique (Zaccaï E. et Zuindeau B. , 2010) s'ajoute une source d'ambiguïté particulière, celle de la notion de « lieux », qui conduit à différentes manières de définir ce que sont deux individus égaux et deux individus inégaux. Ainsi, trois approches pourraient être envisagées pour traiter les disparités géographiques :

- une approche nationale : considérer tous les individus égaux sur l'ensemble du territoire, en appliquant des politiques uniformes.
- une approche contextuelle : reconnaître les inégalités de contexte (par exemple, les coûts locaux de l'aide) et adapter les subventions pour corriger ces écarts.
- une approche locale : accepter que les choix démocratiques locaux puissent générer des disparités, en respectant l'autonomie des collectivités.

Ces différentes approches mettent en lumière la difficulté de définir des normes d'équité géographique claires, d'autant plus que le territoire est perçu non seulement comme un espace physique mais comme un « construit social » influençant les conditions de vie des individus.

Afin de pouvoir passer d'une analyse en termes d'inégalités inter-départementales à une analyse en termes d'inéquité géographique, il est donc nécessaire d'élaborer un cadre normatif cohérent à partir duquel pourraient être déduits des indicateurs d'inégalités géographiques qui, appliqués à des données adéquates, permettraient alors de mesurer l'ampleur des inégalités géographiques considérées comme injustes ainsi que leurs sources. Cet objectif général est celui du projet de recherche EQUIDEC.

Méthodologie générale du projet et justifications

Plutôt que de commencer les travaux par une démarche purement théorique et systématique conduisant à produire une batterie de principes d'équité, à partir duquel aurait été déduit une batterie d'indicateurs à mesurer, l'équipe a finalement, par pragmatisme, privilégié l'étude d'une famille particulière d'indicateurs d'accessibilité aux Ehpad d'une part, et cherché en parallèle à identifier pour celle-ci ses dimensions et enjeux normatifs, d'autre part. Plus précisément, l'équipe a choisi de retenir un indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad (AGFE), en partant d'indicateurs déjà existant. Cet indicateur est inspiré à la fois des indicateurs de type « accessibilité potentielle localisée » (APL) développés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), et des travaux conduits pour le Conseil de l'âge pour essayer d'intégrer la dimension financière de l'accessibilité, déterminante dans le cadre des Ehpad.

Afin de pouvoir calculer cet indicateur à l'échelon national et à l'échelon départemental, de nombreuses bases de données ont été mobilisées. En effet, ce calcul requiert de collecter des informations au niveau des établissements (localisation, nombre total de places, nombre de places habilitées à l'ASH, prix administré et prix libre...) et au niveau individuel (localisation, âge, revenu, taille du ménage, ...). Ont ainsi été utilisées les données issues des bases EHPA 2019, FINESS, CNSA pour les établissements et les données fiscales issues de la base FIDELI de 2019 pour caractériser les individus.

Se concentrer sur cet indicateur d'accessibilité de la prise en charge en institution se justifie au regard du contexte démographique et institutionnel à venir. En effet, selon les dernières prévisions Insee DREES le nombre de personnes présentant des incapacités sévères ou modérée augmentera de 430 000 sur la décennie 2020-2030 (+16%) et de 550 000 sur la décennie suivante (+18%). Parmi ces personnes, le nombre de celles concernées par des incapacités sévères s'accroitra de presque 200 000 personnes sur les deux décennies. A comportement d'entrée en institution inchangé, le nombre de résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes devrait ainsi augmenter de 108 000 personnes sur la décennie 2020-2030 puis d'encore 211 000 entre 2030 et 2050. Dans un contexte annoncé de virage domiciliaire avec une création de places limitée à 2 000 par an selon les prévisions, le secteur de l'hébergement collectif devrait donc être en forte tension si les comportements de choix de mode de prise en charge restent identiques. Mesurer l'accessibilité aux Ehpad apparaît donc crucial en particulier pour celles et ceux dont les besoins d'aide sont aujourd'hui difficiles à couvrir en logement ordinaire.

Les pouvoirs publics approchent habituellement l'accessibilité aux Ehpad en rapportant le nombre de places installées dans une zone donnée à la taille de la population cible qui y réside en calculant des taux d'équipement ou des indicateurs plus élaborés dits d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui intègrent la distance entre le lieu de résidence des personnes et le lieu d'implantation des Ehpad. Une telle approche néglige cependant une caractéristique majeure du système de soutien à l'autonomie des personnes âgées : la solvabilisation partielle des frais de séjour. Dit autrement, les indicateurs existants négligent la contrainte financière pesant sur les ménages. Vivre en Ehpad conduit en effet à des dépenses incompressibles élevées. Le reste-à-chARGE en institution, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), était en 2019 de 1 957 euros par mois en moyenne pour l'ensemble des

résidents. Or, 57 % des personnes seules résidant en Ehpad ont un revenu inférieur à 1 500 euros par mois et moins de 30 % des résidents déclarent avoir des revenus courants suffisants pour couvrir la participation financière dont ils doivent s'acquitter. Si l'on excepte l'ASH, les barèmes des différentes aides légales (Aide personnalisée à l'autonomie (APA), aide au logement, réduction d'impôt) conduisent en outre à un montant global d'aide publique peu sensible au revenu, conduisant ainsi à des taux d'effort diminuant fortement avec le revenu. Intégrer la contrainte financière dans la mesure de l'accessibilité, permet alors d'étudier la variation de l'accessibilité aux Ehpads selon le niveau du revenu, cette dimension financière de l'accessibilité restant à ce jour mal connue.

L'intégration de la barrière financière dans la mesure de l'accessibilité aux Ehpads n'est cependant pas chose aisée en raison d'une deuxième caractéristique des politiques de soutien aux personnes en perte d'autonomie : leur caractère fortement décentralisé, au niveau départemental, qu'il s'agisse de l'autorisation des établissements, de leur habilitation à l'aide sociale, de la tarification des places, ou encore de la mise en oeuvre de l'ASH pour solvabiliser la demande. L'importance de décliner les constats nationaux à l'échelle départementale, voire locale, a d'ailleurs été rappelée récemment aussi bien par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) que par la Cour des Comptes dans son rapport annuel 2022, sans qu'aucune doctrine claire n'émerge quant aux attendus en termes de justice territoriale. Ainsi, les dépenses en Ehpads sont très variables d'un département à l'autre. Le reste à charge médian, hors ASH, d'une chambre seule en hébergement permanent par département varie de 1 628 euros par mois pour la Haute-Saône à 3 264 euros par mois dans le département des Hauts-de-Seine (Carrère, 2021). La possibilité de bénéficier d'un financement via l'ASH dépend du nombre de places habilitées à l'aide sociale disponibles sur le territoire et là encore, des différences importantes existent entre les départements. En outre, l'implantation géographique des Ehpads est très hétérogène sur le territoire. L'un des enjeux de tout indicateur d'accessibilité aux Ehpads intégrant la dimension financière est donc de pouvoir être sensible à cette variété des pratiques constatée au niveau des départements.

Les enseignements et résultats de la recherche

Les enseignements et résultats issus des travaux menés dans le cadre du projet Equidec sont nombreux. Tout d'abord, la recherche propose une grille d'analyse normative permettant d'apprécier les inégalités interdépartementales de prise en charge de la perte d'autonomie, dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées (1). Ensuite les travaux ont permis de produire un état des lieux des différents régimes départementaux en matière de tarification et d'habilitation (2), et de construire un indicateur original d'accessibilité géographique et financière en Ehpads (AGFE) (3). Enfin, les travaux menés sont à l'origine de plusieurs types de résultats empiriques et méthodologiques. Ils ont permis de quantifier l'accessibilité des EHPAD et son évolution en fonction du niveau de revenu, que ce soit à l'échelon national comme départemental (4). Par ailleurs, à partir de la réflexion sur les modalités de calcul de l'indicateur, les travaux ont permis d'analyser le rôle des différents leviers de politique publique sur le niveau et le profil d'AGFE, d'une part (5) et d'illustrer comment l'indicateur d'AGFE pourrait être utilisé pour simuler l'impact de modification des paramètres de ce type de politique, d'autre part (6). Autant d'enseignements et de résultats qui nous semblent pouvoir contribuer utilement à alimenter la réflexion des décideurs publics nationaux et locaux en matière de régulation du secteur de la prise en charge de la perte

d'autonomie des personnes âgées.

1.Une pluralité de cadres normatifs possibles pour apprécier les inégalités interdépartementales de prise en charge de la perte d'autonomie, dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées.

La recherche a permis de poser des premiers jalons sur le plan normatif, permettant d'identifier différents modèles de justice à l'aune desquels évaluer les résultats des politiques publiques dans un cadre partiellement décentralisé (Note Equidec 1). Quatre théories de la justice distinctives ont ainsi été distinguées. Cette typologie, dérivée d'une matrice proposée par Fleurbaey (Fleurbaey 1996), distingue les théories de la justice en fonction du distribuendum considéré : s'agit-il de « distribuenda » assez spécifiques (approche basée sur les ressources), relatives à une ou plusieurs conditions objectives de la situation d'une personne (accès à une maison de retraite, accès à des soins à domicile, accès à l'un ou l'autre de ces types de soin de longue durée etc.), ou « distribution complète », prenant en compte la situation dans son ensemble, comme le bien-être (welfarisme) ou les possibilités d'exercer son autonomie et d'atteindre ses objectifs de vie (approche fondée sur les capacités (Sen 1987)). Le choix de l'un ou l'autre distribuendum est une réponse à la question bien connue de Sen : « L'égalité de quoi ? Pour les deux types de distribuendum (spécifique ou complet), deux types de critères peuvent être considérés pour définir une distribution équitable : garantir un niveau minimum de distribuendum à l'ensemble de la population (suffisantisme) (Alcantud et al. 2022), ou s'efforcer d'atteindre l'égalité (égalitarisme). Toutes les combinaisons (distribuendum×criterion) sont possibles (soit 4 types de théorie de la justice). Il s'agit alors d'examiner dans quelle mesure l'appareil statistique est en mesure produire les bases informationnelles nécessaires pour pouvoir produire les indicateurs pertinents par rapport aux distribuenda sélectionnés.

Ces quatre théories sont adaptées à l'évaluation de l'équité géographique dans un contexte décentralisé, en ce sens que chacune permet de concilier une exigence d'équité exprimée par l'échelon central d'une part et une logique de décentralisation d'autre part. Ainsi, choisir un distribuendum spécifique est compatible avec le respect de la liberté des départements, que le critère de distribution soit sufficentiariste ou égalitariste puisque dans les deux cas les départements sont laissés libres sur les autres types distribuenda. Choisir une approche sufficentiariste respecte le principe de la décentralisation, que le distribuendum soit complet ou particulier en ce sens que les départements sont libres d'aller au-delà de la valeur cible retenue par l'échelon central. Enfin, combiner une approche égalitariste et un distribuendum complet est compatible avec la décentralisation dès lors que les départements ont alors le choix dans la manière d'atteindre le niveau de distribuendum fixé par l'échelon central.

Dans le cadre de cette approche, choisir un indicateur en termes d'accessibilité géographique et financière revient à

- s'inscrire dans une approche privilégiant un distribuendum spécifique, relatif à une condition objective de la situation d'une personne (l'accès à une maison de retraite)
- retenir une évaluation de ce distribuendum en termes de chances d'accès : la question n'est pas de mesurer la consommation effective par les membres de la population cible mais le possible de consommation garanti via la quantité d'offre (ie. de ressources) mise à disposition.

En ce sens, l'indicateur d'AGFE retenu dans cette recherche s'inscrit dans une approche de type ressourciste, qui est de fait classiquement utilisée par le régulateur français dans le champ sanitaire et médico-social (cf. taux d'équipement, indicateur d'accessibilité potentielle localisée, APL). Pour pouvoir mener une analyse en termes de distribuendum complet, il serait nécessaire d'étendre l'indicateur d'accessibilité à la prise en charge à domicile et d'intégrer les préférences individuelles concernant les différentes modalités de prise en charge (Ehpad et domicile) et sur l'impact de celles-ci sur les niveaux de capacités des individus. La construction et la mesure de l'indicateur de l'AFGE constitue donc une première étape d'un programme de recherche plus large visant à évaluer l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme.

2. Différents régimes de tarification des établissements aboutissant à une segmentation dichotomique du secteur en termes de prix

La recherche a recensé les différents outils légaux mobilisés par les départements en matière de régulation des Ehpad et dégagé différents régimes de tarification, ayant des conséquences différentes en termes d'accessibilité financière aux Ehpad (Note Equidec 2). Trois paramètres clés interviennent dans la définition du régime de tarification de l'hébergement par les établissements : la proportion de places habilitées dans l'établissement, l'existence d'une convention d'aide sociale (permettant aux établissements habilités à plus de 50% de proposer un tarif différencié aux résidents non bénéficiaires de l'ASH) et le statut du résident vis-à-vis de l'ASH. Six catégories d'établissements peuvent ainsi être distinguées en matière de tarification¹ : les Ehpad sans habilitation (1), les Ehpad avec habilitation à moins de 50% (2), les Ehpad avec habilitation à plus de 50% avec convention sociale (4) et sans convention sociale (4), les Ehpad totalement habilités avec convention sociale (5) et sans convention d'aide sociale (6). Le tarif « hébergement » acquitté par les résidents dépend alors *in fine* de leur statut vis-à-vis de l'ASH. Un tarif administré est facturé aux résidents bénéficiaires de l'ASH dès lors qu'ils résident dans un établissement habilité, totalement ou partiellement. En revanche, le tarif « hébergement » facturé aux résidents non bénéficiaires de l'AHS est susceptible de relever de différents régimes de tarification selon la catégorie d'établissement de résidence : les résidents se voient facturer un prix libre en cas de résidence dans un établissement sans habilitation ou habilité à moins de 50%, un prix semi-administré en cas de résidence dans un établissement habilité au moins à 50% avec une convention sociale et un prix administré en cas de résidence dans un établissement habilité au moins à 50% sans convention sociale.

En s'appuyant sur les données de l'édition 2019 de l'enquête EHPA, il est possible de proposer une estimation de la proportion de résidents concernés par un tarif « hébergement » administré et ceux concernés par un tarif « hébergement » libre ou semi-administré à partir

¹ Les pratiques des établissements en matière de facturation restent relativement mal connues. Pour les établissements partiellement habilités, nous nous sommes appuyés sur les travaux de l'IGAS (2019) selon qui ces établissements seraient caractérisés par un régime de tarification différent selon que la proportion de places habilitées, i.e la proportion maximale d'allocataires de l'ASH pouvant être accueillie, est inférieure ou supérieure à 50%. Les établissements dont la capacité d'accueil est habilitée à plus de 50% auraient un régime tarifaire identique que celui des établissements totalement habilités : le tarif « hébergement » est administré pour l'ensemble des résidents, bénéficiaires ou non de l'ASH. En revanche, les établissements habilités à moins de 50% pourraient pratiquer une tarification différente selon le statut du résident vis-à-vis de l'ASH.

de la distribution du nombre de places au sein des six catégories d'établissements². On estime ainsi que sur les 570 000 résidents en hébergement permanent fin 2019, 59 % s'acquitteraient d'un tarif hébergement libre ou semi-administré dans le cadre d'une convention d'aide sociale et 41 % d'un tarif strictement administré. Parmi ces derniers, 57 % ne seraient pas allocataires de l'ASH.

Les statistiques descriptives font apparaître pour l'année 2019 un secteur segmenté en deux composantes en termes de niveaux de prix des places et de dispersion des prix. Ainsi, on trouve d'un côté, le segment formé par les Ehpad totalement habilités avec ou sans convention d'aide sociale et les Ehpad ayant plus de 50% de leur capacité habilitée, dont les prix sont proches et oscillent autour de 65 euros par jour. Du côté des établissements totalement habilités, ceux qui n'ont pas de convention facturent en moyenne à 63,7 euros. Ceux qui disposent d'une convention et ont le droit de facturer un prix différent selon le statut du résident par rapport à l'ASH, facturent deux prix très proches en moyenne : 64,7 euros/jour pour les bénéficiaires de l'aide sociale (1 941 euros/mois), 66,1 euros/jours pour les autres résidents (1 983 euros/mois). Quant aux établissements qui ont plus de 50% de capacité habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, leur tarifs administrés qu'ils doivent facturer à tout résident, est très similaire aux tarifs proposés par les établissements totalement habilités (65 euros/jour). Le second segment de marché est constitué par les établissements qui ont moins de la moitié de leur capacité habilitée³ et les Ehpad sans habilitation, dont les niveaux de prix sont plus élevés et plus dispersés que ceux observés sur le segment de marché précédent. Ainsi, les premiers facturent des prix aux résidents non ASH de niveau comparables en moyenne à celui des établissements qui se trouvent en dehors de toute politique d'habilitation (85,8 euros/jour pour les premiers contre 88,8 euros dans les seconds, soit 2 574 à 2 664 euros par mois).

3. La construction d'un indicateur original d'accessibilité intégrant la dimension financière et sensible aux différences de pratiques tarifaires des départements

La recherche a élaboré une famille originale d'indicateurs en termes d'accessibilité financière et géographique aux Ehpad (AGFE) (Note Equidec 3), interprétable dans un cadre normatif retenant une approche ressourciste et égalitariste. Cet indicateur a été construit de telle sorte à coller aux caractéristiques du secteur, en quantifiant l'offre de services disponible et accessible en fonction du lieu de résidence et du revenu des personnes. Il s'agit donc de mesurer les capacités installées accessibles à partir de deux informations : 1) leur localisation et donc leur proximité au lieu de résidence des personnes, pour tenir compte de l'accessibilité géographique et 2) leur prix facturé, comparé au revenu disponible des personnes, pour tenir compte de l'accessibilité financière. Enfin, la famille d'indicateurs développée par l'équipe

² Pour réaliser cette estimation, nous avons fait trois hypothèses :1) Les établissements partiellement habilités ne sont pas signataires de conventions d'aide sociale ; 2) la distribution des résidents allocataires de l'ASH au sein des six établissements est la même que la distribution des places habilitées à l'aide sociale dans ces six établissements, ce qui revient à considérer un taux d'occupation par des allocataires de l'ASH des places habilitées identiques dans les six types d'établissements, et 3) le taux d'occupation est identique (97,4%) dans les six types d'établissements et à l'intérieur de ceux-ci, parmi les places habilitées ou non à l'aide sociale. L'hypothèse 1 tient au fait que l'information disponible dans l'enquête EHPA 2019 sur l'existence d'une convention d'aide sociale nous a paru trop fragile pour être retenue ici.

³ Il faut noter que ces établissements qui représentent 15% des établissements ne rassemblent que 4,4% des places habilitées à l'aide sociale.

intègre une règle de répartition des capacités accessibles qui reflète leur disponibilité potentielle pour la consommation. En effet, si les services considérés sont privatifs, i.e. si la consommation par l'un exclut tout autre, alors les services accessibles ne sont pas nécessairement disponibles, dès lors que les capacités auxquelles une personne a les moyens d'accéder sont aussi accessibles pour d'autres personnes. Il s'opère une sorte de concurrence des demandeurs potentiels devant l'offre, concurrence qui peut être régulée par des règles de priorité, professionnelles ou politiques.

Notre indicateur, qui retient les règles de facturation décrites par l'IGAS (cf. supra) conduit *in fine* à calculer des tantièmes de lits accessibles financièrement et géographiquement par personne. Celui-ci s'écrit comme suit :

$$A_i^{HAS} = \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{HAS} \left[(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \right. \\ \left. + (\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}} + (\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Totale convention}} \right. \\ \left. + (\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Totale sans convention}} \right] \quad (1)$$

$$A_i^{NH} = \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{NH} \left(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Sans habilitation}} + \mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \right. \\ \left. + \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}} \right) \quad (2)$$

$$A_i = A_i^{HAS} + A_i^{NH} \quad (3)$$

La lecture de l'indicateur A_i est la suivante. Pour un individu i de revenu R_i , on retient dans A_i^{NH} les tantièmes de lits non habilités dont le prix facturé p_j est inférieur au revenu R_i . On retient dans A_i^{HAS} les tantièmes de lits habilités à l'aide sociale dont le tarif administré est supérieur au revenu R_i^{ASH} (revenu défini pour ouvrir ou non le droit à l'ASH) ou dont le prix libre est inférieur au revenu R_i (accès sur ressources propres).

Dans le calcul de l'indicateur, comme nous ne pouvons distinguer R_i et R_i^{ASH} , un individu a accès à tous les tantièmes de lits habilités situés dans des Ehpad à habilitation partielle forte ou à habilitation totale sans convention : son revenu est nécessairement soit inférieur au prix administré, soit \hat{p}_j , et il accède alors via l'ASH, soit supérieur à \hat{p}_j et il accède alors sur ses ressources propres.

Le calcul de l'AGFE a conduit l'équipe à procéder à des choix méthodologiques, qui sont à questionner afin de pouvoir en améliorer la qualité. Tout d'abord, en raison de l'absence de certaines informations relatives aux individus dans les bases de données utilisées, nous avons été contraints de faire preuve d'une certaine forme de pragmatisme dans l'appréciation des ressources des individus. Ainsi, il n'est pas possible de prendre en compte ni le patrimoine des individus, ni le revenu de leurs obligés alimentaires. Ensuite, nous avons calculé l'indicateur pour une population concernée par le recours potentiel à un Ehpad, et avons retenu les plus de 75 ans mais l'indicateur pourrait se décliner pour d'autres populations. Une extension logique serait notamment de focaliser l'analyse sur les personnes en perte d'autonomie, pour être en mesure de documenter l'effet de la prévention de la dépendance, et donc de la réduction de la taille de la population cible sur l'accessibilité aux Ehpad. Enfin, si l'indicateur d'AGFE proposé par l'équipe permet déjà de tenir compte des spécificités tarifaires départementales, il pourrait par la suite être amendé en intégrant des particularités des pratiques départementales qui sont pour l'instant négligées, afin d'approfondir les comparaisons entre départements. La première concerne les règles spécifiques de calcul du revenu disponible dans les procédures de demande d'ASH. Ce point apparaît dans l'écriture théorique de l'indicateur, mais ne peut être intégré empiriquement dans les calculs, faute de disposer d'informations précises sur les pratiques des commissions d'aide sociale. Une

deuxième voie d'approfondissement concerne les comportements de sélection des demandes et de priorisation des publics. Les travaux de terrain laissent penser que les directeurs d'Ehpad ont, dans certains cas, des pratiques de sélection des demandes selon le statut vis-à-vis de l'ASH (le tarif payé par les bénéficiaires de l'ASH étant inférieur au prix payé par les non-bénéficiaires). Suite à la loi Bien vieillir dont l'article 24 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » prévoit la possibilité d'une tarification pour les Ehpad totalement habilités⁴, on peut s'attendre à ce que le risque de telles pratiques se renforce, voire à ce que cela conduise les départements à mettre en place des règles de priorisation pour les contrer (imposant par exemple d'accueillir en priorité des bénéficiaires de l'ASH sur les places habilitées). La prise en compte de tels comportements, potentiellement différents d'un département à l'autre, complexifie sérieusement non pas tant l'indicateur en lui-même que son calcul : pour une place donnée, le nombre de tantièmes qu'elle apporte à un individu donné se met à dépendre du statut prioritaire ou non de cet individu et des autres personnes faisant partie de la demande potentielle.

4. La mesure de l'accessibilité des EHPAD, et son évolution en fonction du niveau de revenu.

-A l'échelle nationale, une accessibilité financière et géographique aux Ehpad peu sensible au revenu jusqu'au 6^e décile de revenu et très sensible au revenu au-delà

Calculée à l'échelle nationale, l'accessibilité financière et géographique aux Ehpad (AGFE) est à peu près stable jusqu'au 70^{ème} percentile de revenu et n'augmente qu'à partir de ce niveau de revenu, rapidement, dépassant l'APL à partir du 80^{ème} percentile de revenu (note Equidec 4). Si l'on cible les percentiles extrêmes, l'AGFE augmente sensiblement, passant de 0,067 tantièmes de place accessibles et disponibles par personne en moyenne pour les habitants de 75 ans ou plus du 1^{er} percentile de revenu (les 1 % les plus pauvres), à 0,235 places par personne en moyenne, soit environ trois et demie fois plus, pour les 1 % les plus riches⁵.

-A l'échelle départementale, un profil d'accessibilité financière et géographique aux Ehpad selon le revenu comparable à celui observé au niveau national dans la plupart des départements mais quelques profils départementaux singuliers se démarquent

Lorsqu'on calcule l'indicateur d'AGFE au niveau départemental il apparaît que, malgré les différences de politiques départementales en matière de pratiques tarifaires, la plupart des départements présentent un profil assez similaire au profil national (note Equidec 4). Ainsi, la plupart des départements présente une AGFE inférieure à l'APL d'environ 25% jusqu'au 60^{ème} ou 70^{ème} percentile de revenu, puis un croisement des courbes vers le 80^{ème} percentile de revenu, l'AGFE devenant alors supérieure à l'APL. Ce qui distingue alors les

⁴ L'article 24 de la loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » prévoit qu'à compter du 1er janvier 2025 les Ehpad habilités à l'aide sociale pourront appliquer un tarif différencié aux résidents non bénéficiaires de l'ASH, généralisant ainsi le régime de tarification dont bénéficiaient jusqu'alors les seuls établissements signataires d'une convention d'aide sociale (cf. Décret n° 2024-1270 du 31 décembre 2024 relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes totalement ou majoritairement habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement).

⁵ Nous avons récemment procédé à quelques corrections méthodologiques pour améliorer le calcul de l'indicateur, contribuant à modifier à la marge les valeurs de tantièmes de lits par percentile de revenu qui sont indiquées dans le rapport et la présente synthèse.

départements c'est essentiellement le niveau général d'accessibilité géographique qui peut être plus élevé ou plus faible que l'accessibilité agrégée au niveau national, en raison d'un taux d'équipement local plus élevé ou plus faible que celui observé en moyenne à l'échelle du territoire national. Cependant, certains profils plus atypiques apparaissent. Trois configurations particulières, mises en lien avec des choix départementaux en matière de régime de tarification et d'habilitation, ont ainsi été identifiées.

- ✓ Une première configuration rassemble les départements ayant fait le choix d'un niveau d'habilitation à l'aide sociale très élevé (ex : la Lozère (48)). Ces départements ont la particularité de n'avoir que des Ehpad totalement habilités à l'aide sociale ou presque. Une part importante de ces places se trouve cependant dans des Ehpad avec convention d'aide sociale. Pour ces places, il existe donc deux tarifs (administré ou libre) selon le statut du résident (bénéficiaire de l'ASH ou non). Le faible écart entre ces tarifs conduit à n'exclure que très peu de personnes des « classes moyennes » de l'accessibilité. Comme l'habilitation totale induit une tarification encadrée et majoritairement administrée par le département, les places sont presque toutes accessibles financièrement à la fois aux personnes ayant des revenus modestes (qui peuvent recourir à l'ASH) et aux personnes ayant des revenus plus élevés (qui financent sur leurs ressources propres). Il en résulte un accès similaire aux Ehpad quel que soit le revenu des personnes âgées de 75 ans ou plus, correspondant aux accessibilités géographiques sans critère financier par percentile : les résultats obtenus au moyen de l'indicateur AGFE pour mesurer l'accessibilité aux EHPAD sont à peine plus faibles que ceux obtenus au moyen de l'indicateur APL, lorsque l'on considère les individus ayant un revenu inférieur au 70ème percentile, à peine plus élevés lorsqu'on considère les individus ayant un revenu supérieur. Utiliser l'indicateur d'APL pour apprécier l'accès aux Ehpad peut donc apparaître pertinent puisque la contrainte budgétaire des individus est supprimée par la politique d'habilitation à l'aide sociale. Ces conclusions sont similaires pour le département des Landes (40), la Haute-Loire (43), le Territoire de Belfort (90), voire l'Ariège (09), la Haute-Vienne (87), le Finistère (29), le Lot (46) car ils ont des taux d'habilitation à l'aide sociale élevé.
- ✓ Un deuxième profil correspond aux départements qui ont au contraire une faible proportion de places habilitées à l'aide sociale. C'est le cas de la Charente Maritime (17). Dans ce département, le niveau de l'accessibilité géographique aux Ehpad est comparable au niveau national moyen (0,1 places accessibles à moins d'une heure par personne). Moins de 40% des places sont habilitées à l'aide sociale. Cela induit une distribution de l'accessibilité vers les plus aisés au détriment des plus pauvres, d'autant plus marquée que le niveau des prix pour les places non habilitées est élevé : 90% des prix libres sont supérieurs à 1 897 euros par mois quand le revenu médian du département est de 1 592 euros par mois. La réserve de places non habilitées est donc non seulement importante en volume, mais aussi concentrée sur une faible fraction de la population. Dans ce département, il en résulte un accès aux Ehpad selon le revenu encore plus hétérogène qu'à l'échelle nationale : les habitants de 75 ans ou plus du 1er percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,040 places disponibles par personne tandis que ceux du 99ème percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,339 (contre respectivement 0,067 et 0,235 à l'échelle nationale).
- ✓ Le troisième profil est celui du Rhône (69). Il illustre l'effet de la double tarification des places habilitées à l'aide sociale lorsque l'écart entre les deux tarifs est important

(cas des Ehpad faiblement habilités). La proportion de places habilitées à l'aide sociale est plus élevée qu'en Charente Maritime (65,8%). Mais, le point important est que ces places sont installées dans des établissements autorisés à facturer deux tarifs différents selon le statut du bénéficiaire vis-à-vis de l'ASH. Une partie des habitants ne peut donc accéder à ces places ni via l'ASH, car leur revenu est supérieur au tarif administré, ni avec leurs propres ressources qui sont inférieures au tarif libre. On constate que l'indicateur d'accessibilité géographique et financière diminue légèrement à partir du 55eme percentile et ne retrouve son niveau initial qu'au 75eme percentile de revenu, reflétant une barrière financière spécifique des classes moyennes supérieures. Ce profil n'est pas exceptionnel puisqu'on le retrouve notamment dans les départements des Alpes maritimes (06), des Bouches du Rhône (13), du Calvados (14), de la Haute Garonne (31)

5. Le rôle des différents leviers de politique publique sur le niveau et le profil d'AGFE.

En premier lieu, l'étude approfondie des différents régimes de tarification et d'habilitation réalisée dans le cadre de cette recherche permet de dégager plusieurs enseignements concernant les politiques de solvabilisation de l'accès aux Ehpad menées par les départements. Le premier est que les leviers mobilisés par ces derniers pour mener leur politique de solvabilisation, à savoir une tarification administrée pour les places habilitées, constituent de fait des outils permettant de réguler l'accessibilité financière aux Ehpad pour une population allant bien au-delà de celle visée par la politique de solvabilisation, ie les individus les plus modestes. En effet, en fixant des tarifs administrés, les départements solvabilisent les catégories modestes tout en garantissant aux autres catégories de revenus la possibilité d'accéder à une place en Ehpad à un coût raisonnable. Cette garantie a deux effets : d'un côté cela protège les classes moyennes de coûts excessifs mais de l'autre cela crée des éventuels effets d'aubaine au bénéfice des classes les plus aisées. Dès lors permettre aux établissements de pratiquer un double tarif sur les places habilitées selon le statut du résident vis-à-vis de l'AHS revient, en transférant une part du pouvoir de fixation des prix aux établissements pour les personnes non éligibles à l'ASH, à priver les départements d'un levier de politique publique pour réguler l'accessibilité financière aux Ehpad à l'échelle de leur territoire. Cette possibilité de double tarification qui était réservée jusqu'alors aux seuls établissements habilités ayant signé une convention sociale et aux établissements faiblement habilités, est désormais étendue à l'ensemble des établissements habilités depuis l'entrée en vigueur de la Loi Bien vieillir du 8 avril 2024. Dans ce contexte, le pouvoir augmenté que détenaient jusqu'à présent les départements pour réguler l'accessibilité financière aux Ehpad, via leur politique de solvabilisation, risque d'être particulièrement réduit s'ils ne se saisissent pas de l'autorisation prévue dans l'article 24 de cette loi à fixer un écart maximal plus faible que celui du décret.

Le second enseignement de notre étude est d'avoir montré que, compte tenu des effectifs de résidents en établissements habilités à au moins 50%, la régulation de l'accessibilité financière par les départements couvrait en 2019 une fraction importante de la population, allant au-delà des seuls bénéficiaires de l'ASH. Ainsi d'après les données de l'enquête EHPA de 2019, plus de la moitié des personnes qui bénéficiaient d'un tarif « hébergement » fixé par les conseils départementaux ne recourraient pas à un financement public via l'ASH. Dans ce contexte, on peut anticiper que la mise en œuvre de la loi Bien vieillir à partir de 2025 devrait toucher une fraction importante de la population. Plus précisément, en déconnectant plus

largement la tarification de l'habilitation, cette loi pourrait conduire à une augmentation significative du nombre de résidents s'acquittant d'un reste à charge plus élevé, en raison de l'application d'un tarif semi-administré plus élevé que le tarif administré appliqué aux résidents bénéficiaires de l'ASH. La manière dont l'accessibilité financière aux Ehpad et le reste-à-chARGE des résidents évoluera dans les années à venir dépendra donc en grande partie des politiques de prix menées par les établissements. La loi Bien Vieillir ayant prévu d'autoriser un écart maximum de 35 % à prestations identiques entre le tarif administré par les départements et le tarif proposé à un résident non ASH, deux types d'effets pourraient être observés : une forte augmentation du reste à charge pour de nombreux résidents, voire l'apparition d'une trappe d'inaccessibilité financière pour les classes moyennes.

En second lieu, l'indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad, tel que nous l'avons défini, permet une meilleure compréhension des enjeux des politiques de solvabilisation de l'accès aux Ehpad dans un contexte de politiques sociales partiellement décentralisées. Tout d'abord, l'indicateur d'AGFE permet de quantifier l'impact du niveau de revenu sur l'accessibilité aux Ehpad et donc d'apprécier l'équité verticale dans l'accès aux Ehpad à l'échelon national. Calculable à l'échelle départementale, cet indicateur permet à l'échelon central de comparer l'impact du revenu sur l'accessibilité aux Ehpad d'un département à l'autre et ouvre ainsi la possibilité d'analyses en termes d'équité géographique nuancées. En effet, si dans un cadre de politiques décentralisées, il n'y a pas lieu nécessairement d'imposer à toutes les collectivités départementales d'organiser un même niveau d'accès aux Ehpad, l'Etat central pourrait cependant avoir des critères de justice portant sur l'inégalité d'accès en fonction du revenu.

Ensuite, l'indicateur d'AGFE intègre à la fois le nombre de places accessibles aux individus et la concurrence qui s'exerce sur ces places : pouvoir financer une place près de chez soi ne garantit pas d'y avoir accès le moment venu, dès lors que de nombreuses autres personnes sont dans la même situation. Raisonner en tantièmes de places potentiellement disponibles permet alors de mieux comprendre les mécanismes d'action des politiques de solvabilisation. En effet, le mode de calcul de l'indicateur permet de faire apparaître le double effet des barrières financières : non seulement elles modifient le nombre de places accessibles en fonction du revenu, mais, simultanément elles créent pour les plus riches une réserve de places plus facilement disponibles car partagées entre peu de personnes. L'ampleur de cette réserve de places dépend tout d'abord des pratiques de fixation des prix libres par les établissements. Mais, chacun des leviers politiques aux mains des départements (autorisation, habilitation, conventionnement et tarification) peut aussi la modifier en transformant la configuration départementale du secteur des Ehpad. Les résultats empiriques obtenus, même s'ils mériteraient d'être affinés et approfondis, montrent déjà comment les choix faits par certains départements permettent l'égalisation de l'accessibilité quel que soit le niveau de revenu quand d'autres renforcent au contraire l'inégalité. Ces résultats attirent en particulier l'attention sur le rôle de l'habilitation partielle faible et des conventions d'aide sociale autorisant à pratiquer deux prix différents selon le niveau de revenu des personnes via leur statut vis-à-vis de l'ASH : lorsque ce dispositif s'accompagne d'un écart sensible entre les deux prix, il peut aller jusqu'à réduire l'accessibilité pour les personnes dont les niveaux de revenus sont juste trop élevés pour leur permettre de bénéficier d'une solvabilisation via l'ASH et pas suffisamment élevées pour financer des places à prix libres.

6. Un indicateur d'AGFE susceptible d'être utilisé comme un outil de simulation et de pilotage

La sensibilité de l'indicateur aux leviers des politiques départementales permettrait aux pouvoirs publics locaux de l'utiliser comme un outil de simulation pour apprécier par exemple les effets d'une modification de leurs pratiques tarifaires sur le niveau d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad à l'échelle de leur département. En effet, en le calculant non pas avec des données observées mais avec les données cibles de politiques (modification du taux d'habilitation, modification des tarifs administrés...) il permettrait de quantifier a priori l'impact de telles politiques sur l'accessibilité moyenne, sur l'accessibilité de certaines parties de la population ou encore sur la variation de l'accessibilité en fonction du niveau de revenu. L'indicateur pourrait également être mobilisé comme un outil de pilotage par le décideur central soucieux d'objectifs en termes d'équité géographique dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées. L'Etat central pourrait par exemple souhaiter assurer un minimum d'accessibilité financière et géographique aux individus appartenant aux dix premiers centiles de revenu de chaque département, tout en autorisant des inégalités d'accessibilité géographique et financière selon le revenu variables d'un département à l'autre. Alternativement, l'Etat pourrait choisir d'égaliser l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad selon le revenu dans tous les départements, tout en laissant les conseils départementaux libres de gérer selon leur discréption le volet domicile de la prise en charge.

Perspectives

La question de recherche était ambitieuse et le projet Equidec n'a pas pu aller jusqu'au stade de l'interprétation en termes d'inéquité des inégalités d'AGFE inter-départementales, en raison de la non synchronisation temporelle de l'avancée de la recherche sur le plan normatif et de l'avancée de la recherche sur le plan empirique. Même s'ils restent partiellement aboutis, les travaux menés dans le cadre de cette recherche, grâce au financement de l'IRESP, ont constitué pour l'équipe une étape décisive dans sa compréhension des enjeux normatifs de l'évaluation des politiques publiques partiellement décentralisées et dans sa maîtrise des questions méthodologiques et empiriques associées. Cela a ainsi permis à l'équipe d'identifier avec beaucoup plus de précision les conditions nécessaires pour évaluer l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme dans un contexte partiellement décentralisé, et d'élaborer un nouveau projet de recherche (« Équité géographique des politiques décentralisées : théorie et application à l'aide aux personnes âgées dépendantes », Equidec 2). Ce projet, coordonné scientifiquement par Clémence Thébaut, a reçu le soutien financier de l'Agence Nationale de la Recherche en octobre 2024.

Bibliographie

1. Abassi, E., Abdouni, S., Amrous, S., Bazin, M., Bergeron, T., Bonnet, E., Calvo, M., Dauphin, L., Diallo, C.-T., Gonzales, C., Kuhn, L., Leroux, I., Pirus, C. and Yankan, L. (2020), L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion., Panorama de la DREES, édition 2020.
2. Arnault, L. (2020), 'Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'apa à domicile en 2011.', Les Dossiers de la DREES 59.

3. Boneschi, S. and Miron de l'Espinay, A. (2022), 'Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? - l'apport du modèle autonomix – résultats 2019.', Les dossiers de la DREES 99.
4. Carrère, A. (2023), L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale, , Institut des politiques publiques.
5. Carrère, A., Roy, D. and Toulemon, L. (2023), Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives., , Institut des politiques publiques. 36
6. Fleurbaey M. (1996), *Théories économiques de la justice*. Economica(Paris), 1996.
7. HCFEA (2022), 'Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors. Une utilisation pour penser l'accessibilité financière aux ehpads, résidences autonomie (ra) et résidences services seniors (rss).', Rapport .
8. Hégé, R., Roquebert, Q. and Tenand, M. (2015), La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales, 2. IGAS (2018), 'Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les ehpads', Rapport . 37
9. Note Equidec (2023) *Évaluer l'ordre de prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans un contexte décentralisé : modèles de justice, critères d'évaluation et comparaison*, Dubois C, Thébaut C., Note EQUIDECn°1, 8 pages, Mai 2023
10. Note Equidec 2 (2024), *Régulation du secteur des Ehpads : autorisation, habilitation, tarification, conventionnement*, Bonnet C., Fontaine R., Note EQUIDECn°2, 10 pages, Février 2024
11. Note Equidec 3(2023) *Accès géographique et financier aux Ehpads : présentation théorique d'un indicateur de mesure*, Bonnet C., Carrère A., Fontaine R., Gramain A., Wittwer J., Note EQUIDEC n°3, 10 pages, Juin 2023
12. Note Equidec 4 (2024) *Un indicateur de mesure de l'accessibilité géographique et financière aux Ehpads : application*, Carrère A., Gramain A., Note EQUIDEC n°4, 47 pages, Février 2024
13. Ramos-Gorand, M. (2015), Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse de doctorat, Université Paris Est Créteil, Créteil.
14. Roy, D. (2023), 'Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? une comparaison à partir des enquêtes care-ménages et care-institutions', Les dossiers de la Drees 104.
15. Sen A (1987), *On Ethics and Economics*. Basil Blackwell (Oxford)
16. Zacciaï E. et Zuindeau B. (2010), « Equité territoriale et développement durable », in *Développement durable et territoire* : nouvelle édition originale, Ed. Presses universitaire du Septentrion (Villeneuve d'Ascq).

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Si non, précisez les raisons :

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.

Rapport scientifique complet

Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA

Equité géographique et politiques décentralisées : normes et mesures en matière d'aide à l'autonomie des personnes âgées. Application à un indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad

Bourreau-Dubois Cécile, Bureau d'Economie Théorique et Appliquée (BETA)

AAP Blanc 2021, Programme « Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap »

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Projet de recherche complet

[Rédiger votre rapport scientifique ici]

INTRODUCTION

Rappel du contexte, de la problématique et de l'objectif de la recherche EQUIDEC

En France, les **politiques d'aide et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont confiées aux conseils départementaux**, dans le cadre d'une gestion décentralisée. Bien que le cadre législatif national fixe des lignes directrices, les départements disposent d'une autonomie dans la mise en œuvre de ces politiques, leur permettant d'adapter les services aux besoins locaux. Cette organisation, si elle favorise la proximité et l'adaptabilité, génère aussi des différences inter-départementales significatives dans l'accès aux services, les modalités d'aide et les coûts supportés par les bénéficiaires.

Ces **disparités inter-départementales** sont aujourd'hui **bien documentées** (voir notamment Ramos-Gorand, 2015 et Carrère et al. 2023 pour un état des lieux successifs). Ainsi les études récentes sur le sujet montrent des écarts importants selon les départements en matière de taux d'équipement (HCFEA, 2022), d'habilitation à l'aide sociale départementale (Abassi et al. 2020), de volume d'aide à domicile subventionnées accordée via l'APA (Arnault, 2020), des tarifs de services d'aide à domicile (Hégé et al. 2015), de résidence autonomie (CNSA 2021a) et des Ehpad (CNSA 2021b). Pour ce qui concerne l'accessibilité aux Ehpad, ces disparités selon le territoire sont manifestes en termes de d'accessibilité géographique selon le territoire (Carrère et al. 2021, Carrère 2023) et en termes d'accessibilité financière, que celle-ci soit approchée par le coût de la prise en charge (Ramos-Gorand, 2015 ; Carrère et al. 2023) ou par le taux d'effort des personnes vivant en institution (Roy, 2023, Boneschi et Miron de l'Espinay, 2022). Ces disparités s'expliquent par des facteurs exogènes, comme les caractéristiques démographiques (structure par âge), épidémiologiques (prévalence de la dépendance) ou économiques (ressources budgétaires locales). Cependant, chaque département est également influencé par des priorités politiques spécifiques, créant une diversité dans les approches et les résultats.

Si l'existence de ces différences géographiques n'est pas surprenante, elle **questionne néanmoins l'équité de l'action publique** à l'égard des personnes âgées dépendantes. Ainsi, régulièrement la CNSA se voit enjoindre de réaliser des efforts supplémentaires pour lutter contre les disparités territoriales pour répondre à sa mission de « contribuer à l'égalité de traitement des bénéficiaires [de l'APA et de la PCH] sur le territoire » (Rapport Cour des comptes, 2017), de renforcer les « garanties d'équité entre les territoires » dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (rapport Libault, 2019). Ces injonctions restent cependant relativement peu opératoires faute de l'existence d'une norme d'équité clairement explicitée dans le débat public : que signifie traiter également des individus sur un territoire national dans un cadre institutionnel qui laisse aux autorités locales une large autonomie dans la mise en œuvre de l'action publique ? L'absence de réponse précise à cette question rend difficile l'identification des différences inéquitables et l'élaboration d'une politique pertinente pour les supprimer.

La problématique est donc celle de savoir **comment passer d'une analyse en termes de différences inter-départementales à une analyse en termes d'inéquité géographique**, et ainsi être en mesure de fonder une politique publique de correction de ces injustices.

Dans les pays où les politiques sanitaires et médico-sociales sont dévolues, de manière plus ou moins étendue selon les pays, aux échelons locaux, les préoccupations en matière d'équité géographique en particulier occupent une place importante (Koivusalo et al. 2007). En effet, l'autonomie de décision laissée aux autorités locales laisse une fenêtre de discréption susceptible de conduire à des différences géographiques en matière d'accès aux soins. Pour autant, si la référence à l'équité sur un plan spatial, territorial ou géographique, est fréquente dans les débats et documents publics, cette notion est rarement définie précisément. Or, l'équité, qu'elle soit géographique ou non, est une notion complexe. Ainsi, deux dimensions principales de l'équité sont souvent évoquées : l'équité horizontale et l'équité verticale. La première implique que des individus dans une situation identique soient traités de manière égale, quelle que soit leur localisation géographique. La seconde considère que des individus dans des situations différentes doivent être traités de manière différenciée pour corriger les inégalités contextuelles et viser une égalité de résultats. Par ailleurs, dans le cas de l'équité géographique s'ajoute une source d'ambiguïté particulière, celle de la notion de « lieux », qui conduit à différentes manières de définir ce que sont deux individus égaux et deux individus inégaux. Ainsi, trois approches pourraient être envisagées pour traiter les disparités géographiques :

- une approche nationale : considérer tous les individus égaux sur l'ensemble du territoire, en appliquant des politiques uniformes.
- Une approche contextuelle : reconnaître les inégalités de contexte (par exemple, les coûts locaux de l'aide) et adapter les subventions pour corriger ces écarts.
- Une approche locale : accepter que les choix démocratiques locaux puissent générer des disparités, en respectant l'autonomie des collectivités.

Ces différentes approches mettent en lumière la difficulté de définir des normes d'équité géographique claires, d'autant plus que le territoire est perçu non seulement comme un espace physique mais comme un « construit social » influençant les conditions de vie des individus.

Afin de pouvoir passer d'une analyse en termes d'inégalités inter-départementales à une analyse en termes d'inéquité géographique, il est donc nécessaire **d'élaborer un cadre normatif cohérent à partir duquel pourraient être déduits des indicateurs d'inégalités géographiques qui, appliqués à des données adéquates, permettraient alors de mesurer l'ampleur des inégalités géographiques considérées comme injustes ainsi que leurs sources.** Cet objectif général est celui du projet de recherche EQUIDEC.

Méthodologie générale du projet

Plutôt que de commencer les travaux par une démarche purement théorique et systématique conduisant à produire une batterie de principes d'équité, à partir duquel aurait été déduit une batterie d'indicateurs à mesurer, l'équipe a finalement, par pragmatisme, privilégié l'étude d'une famille particulière d'indicateurs d'accessibilité aux Ehpad, et cherché en parallèle à identifier pour celle-ci ses dimensions et enjeux normatifs. Plus précisément, l'équipe a choisi de **retenir un indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad (AGFE)**, en partant d'un indicateur déjà existant. Cet indicateur est inspiré des travaux conduits pour le Conseil de l'âge et des indicateurs de type « accessibilité potentielle localisée » (APL) développés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

(Drees) et l’Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), mais a été augmenté de la dimension financière de l’accessibilité, déterminante dans le cadre des Ehpad.

Se concentrer sur cet indicateur de prise en charge en institution se justifie au regard du contexte démographique et institutionnel à venir. En effet, selon les dernières prévisions Insee DREES le nombre de personnes présentant des incapacités sévères ou modérée augmentera de 430 000 sur la décennie 2020-2030 (+16%) et de 550 000 sur la décennie suivante (+18%). Parmi ces personnes, le nombre de celle concernées par des incapacités sévères s’accroitra de presque 200 000 personnes sur les deux décennies. A comportement d’entrée en institution inchangé, le nombre de résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes devrait ainsi augmenter de 108 000 personnes sur la décennie 2020-20230 puis d’encore 211 000 entre 2030 et 2050. Dans un contexte annoncé de virage domiciliaire avec une création de places limitée à 2 000 par an⁶, le secteur de l’hébergement collectif devrait donc être en forte tension si les comportements de choix de mode de prise en charge restent identiques (Miron de l’Espinay et Roy, 2020). Mesurer l’accessibilité aux ehpad apparaît donc crucial en particulier pour celles et ceux dont les besoins d’aide sont aujourd’hui difficiles à couvrir en logement ordinaire.

Les pouvoirs publics approchent habituellement l’accessibilité aux Ehpad en rapportant le nombre de places installées dans une zone donnée à la taille de la population cible qui y réside. Une telle approche néglige cependant une caractéristique majeure du système de soutien à l’autonomie des personnes âgées : la solvabilisation partielle des frais de séjour. Dit autrement, les indicateurs existants négligent la contrainte financière pesant sur les ménages. Vivre en Ehpad conduit en effet à des dépenses incompressibles élevées. Le reste-à-chARGE en institution, avant prise en compte de l’aide sociale à l’hébergement (ASH), était en 2019 de 1 957 euros par mois en moyenne pour l’ensemble des résidents (Boneschi and Miron de l’Espinay, 2022)⁷. Or, 57 % des personnes seules résidant en Ehpad ont un revenu inférieur à 1 500 euros par mois et moins de 30 % des résidents déclarent avoir des revenus courants suffisants pour couvrir la participation financière dont ils doivent s’acquitter (Besnard and Zakri, 2018). Si l’on excepte l’ASH, les barèmes des différentes aides légales (Aide personnalisée à l’autonomie (APA), aide au logement, réduction d’impôt) conduisent en outre à un montant global d’aide publique peu sensible au revenu : ces aides varient en moyenne de 550 euros par mois pour les résidents les plus modestes à un peu moins de 300 euros par mois pour les plus aisés (Fontaine et al., 2020). Elles conduisent ainsi à des taux d’effort diminuant fortement avec le revenu. Hors ASH, la barrière financière pèse donc plus sur les plus modestes. D’après les simulations du modèle Autonomix, « le reste à charge après déduction des aides (mais avant prise en compte de l’ASH) est, en moyenne, supérieur aux ressources jusqu’à environ 2 000 euros de ressources mensuelles » (Boneschi and Miron de l’Espinay, 2022). Dès lors intégrer la contrainte financière dans la mesure de l’accessibilité, permet de pouvoir étudier la variation de l’accessibilité aux Ehpad selon le niveau du revenu, cette dimension financière de l’accessibilité restant à ce jour mal connue.

⁶ Cf. PLFSS 2022.

⁷ L’ASH est attribuée après mise en œuvre de l’obligation alimentaire et soumise à un recours en récupération de la part des départements. Elle ne peut donc pas être assimilée à un financement public au même titre que l’allocation personnalisée d’autonomie (APA), l’aide au logement ou la réduction d’impôt (Fontaine et Fragonard, 2021).

Intégrer la barrière financière dans la mesure de l’accessibilité aux Ehpad n’est cependant pas chose aisée en raison d’une deuxième caractéristique des politiques de soutien aux personnes en perte d’autonomie : leur caractère fortement décentralisé, au niveau départemental, qu’il s’agisse de l’autorisation des établissements, de leur habilitation à l’aide sociale, de la tarification des places, ou encore de la mise en oeuvre de l’ASH pour solvabiliser la demande. L’importance de décliner les constats nationaux à l’échelle départementale, voire locale, a d’ailleurs été rappelée récemment aussi bien par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) que par la Cour des Comptes dans son rapport annuel 2022, sans qu’aucune doctrine claire n’émerge quant aux attendus en termes de justice territoriale. Ainsi, les dépenses en Ehpad sont très variables d’un département à l’autre. Le reste à charge médian, hors ASH, d’une chambre seule en hébergement permanent par département varie de 1 628 euros par mois pour la Haute-Saône à 3 264 euros par mois dans le département des Hauts-de-Seine (Carrère, 2021). La possibilité de bénéficier d’un financement via l’ASH dépend du nombre de places habilitées à l’aide sociale disponibles sur le territoire et là encore, des différences importantes existent entre les départements : l’Île-de-France, le sud-est de la France et la Gironde se caractérisent par une proportion faible de places habilitées à l’aide sociale (CNSA, 2021b). En outre, l’implantation géographique des Ehpad est très hétérogène sur le territoire (Ramos-Gorand, 2015; Carrère et al., 2021; Carrère, 2023) : l’offre en Ehpad est plus dense dans les régions Bretagne et Pays-de-la-Loire contrairement aux quart Nord-Est et Sud-Ouest de la France ainsi que dans les Alpes et en Corse. L’un des enjeux de tout indicateur d’accessibilité aux Ehpad intégrant la dimension financière est donc de pouvoir être sensible à cette variété des pratiques constatée au niveau des départements.

Résultats et plan du rapport

La recherche menée par l’équipe EQUIDEC a permis de dégager quatre résultats, participant à répondre à l’objectif initial de la recherche. En premier lieu la recherche a permis de poser des premiers jalons sur le plan normatif, permettant d’identifier différents modèles de justice à l’aune desquels évaluer les résultats des politiques publiques dans un cadre partiellement décentralisé (Chapitre 1). En second lieu, la recherche a produit un panorama de l’ensemble des différents outils légaux mobilisés par les départements en matière de régulation des Ehpad permettant de dégager différents régimes de tarification, ayant des conséquences différentes en termes d’accessibilité financière aux Ehpad (chapitre 2). Un troisième résultat est la production une famille originale d’indicateurs en termes d’accessibilité financière et géographique aux Ehpad (AGFE), interprétable dans le cadre normatif développé dans le chapitre 1 et susceptible d’être amendé pour intégrer certaines particularités des pratiques départementales en matière de régulation du secteur (chapitre 3). Enfin, la recherche a permis de mesurer des inégalités d’accessibilité géographique et financière aux Ehpad selon le revenu à l’échelle nationale et à l’échelle inter-départementale (chapitre 4).

Les travaux réalisés dans le cadre de la recherche Equidec n’ont pas permis d’aller jusqu’au bout de la démarche envisagée initialement, c'est-à-dire de proposer une interprétation en termes d'équité des inégalités interdépartementales mesurées en termes d'AGFE. En revanche, ils auront permis de consolider le cadre normatif et méthodologique de l'équipe, qui désormais est à même de démarrer une nouvelle recherche de plus grande ampleur visant

à proposer des critères d'évaluation de l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme (à domicile et en institution), dont Equidec aura constitué une première étape exploratoire avec l'examen d'un indicateur particulier (l'AGFE).

Bibliographie

- Abassi, E., Abdouni, S., Amrous, S., Bazin, M., Bergeron, T., Bonnet, E., Calvo, M., Dauphin, L., Diallo, C.-T., Gonzales, C., Kuhn, L., Leroux, I., Pirus, C. and Yankan, L. (2020), L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion., Panorama de la DREES, édition 2020.
- Arnault, L. (2020), 'Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'apa à domicile en 2011.', Les Dossiers de la DREES 59.
- Boneschi, S. and Miron de l'Espinay, A. (2022), 'Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? - l'apport du modèle autonomix – résultats 2019.', Les dossiers de la DREES 99.
- Carrère, A. (2023), L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale, , Institut des politiques publiques.
- Carrère, A. and Monirijavid, S. (2023), 'Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale', Etudes et résultats - DREES 1279.
- Carrère, A., Couvert, N. and Missegue, N. (2021), 'Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées', Les Dossiers de la DREES 88.
- Carrère, A., Roy, D. and Toulemon, L. (2023), Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives., , Institut des politiques publiques. 36
- CNSA (2021a), 'Les prix des résidences autonomie en 2018 et 2019. Diversité des territoires et des modèles .', Analyse statistique 10.
- CNSA (2021b), 'Les prix en EHPAD en 2019. Diversité des territoires et des politiques tarifaires.', Analyse statistique 09.
- Fontaine, R., Gramain, A. and Wittwer, J. (2020), 'Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ?', Working Papers of BETA 2020-32. hal-02888055 , version 1 (02-07-2020)
- HCFEA (2022), 'Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors. Une utilisation pour penser l'accessibilité financière aux ehpad, résidences autonomie (ra) et résidences services seniors (rss).', Rapport .
- Hégé, R., Roquebert, Q. and Tenand, M. (2015), La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales, 2. IGAS (2018), 'Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les ehpad', Rapport . 37
- Miron de l'Espinay, A. and Roy, D. (2020), 'Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en ehpad d'ici à 2030. projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle lieux de vie et autonomie (livia).', Etudes et Résultats 1172.
- Ramos-Gorand, M. (2015), Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse de doctorat, Université Paris Est Créteil, Créteil.

Roy, D. (2023), 'Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? une comparaison à partir des enquêtes care-ménages et care-institutions', Les dossiers de la Drees 104.

**CHAPITRE 1. UNE PLURALITE DE CADRES NORMATIFS POSSIBLES POUR POUVOIR APPRECIER LES INEGALITES
INTERDEPARTEMENTALES DE PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE, DANS UN CONTEXTE DE POLITIQUES
PUBLIQUES PARTIELLEMENT DECENTRALISEES⁸**

L'évaluation des politiques publiques en termes d'équité géographique dans un contexte partiellement décentralisé pose deux questions, qui s'emboitent l'une l'autre. La première est celle du choix de la dimension pertinente à l'aune de laquelle les inégalités vont être mesurées. La seconde est celle de savoir à quelles conditions l'Etat central peut imposer, par le prisme de l'évaluation des politiques locales, un cadre normatif aux départements. En effet, le principe de décentralisation a pour objectif de permettre à chaque collectivité territoriale de poursuivre ses objectifs propres, selon les souhaits exprimés démocratiquement par les populations locales, dans un cadre fixé par l'Etat central. Dès lors, doit-on évaluer les politiques locales au regard d'un critère nationalement ou laisser chaque département fixer ses propres objectifs et adapter l'évaluation en conséquence ? En outre, dès lors que l'on vise à équiper les pouvoirs publics d'outils de pilotage de l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, il s'agit aussi de s'interroger sur les conditions rendant possibles l'évaluation de ces politiques.

C'est à ces différentes questions que ce chapitre propose d'apporter des réponses. Ainsi est étudiée en premier lieu la question du type de distribuendum à retenir (1), puis celle de la manière de concilier le principe de décentralisation partielle et l'évaluation de politiques publiques à l'échelon national (2). Enfin, on s'interrogera sur les utilisations possibles des différents cadres normatifs envisagés pour évaluer l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie (3).

1. Egalité de quoi ?

Définir et évaluer une politique publique suppose une conception particulière de la justice. Toutes les disparités ne sont pas en soi des inégalités et toutes les inégalités ne sont pas injustes. En définitive, déterminer qu'une inégalité est une injustice ne peut être justifié qu'en référence à une théorie de la justice dont l'objectif est d'établir une frontière entre, d'un côté, ce qui relève du juste et de l'injuste et, d'un autre côté, ce qui n'en relève pas, et que l'on pourrait alors qualifier d'a-juste. Les résultats scolaires, au sein d'une classe, par exemple, sont inégaux. Ils peuvent être associées à des caractéristiques socioéconomiques (ex. le revenu et le niveau d'éducation des parents, disponibilité d'un environnement de travail propice au travail personnel, accès à des ressources documentaires, etc.) [5, 14]. Mais ils peuvent également refléter différents efforts d'attention et d'investissement des élèves. De même il existe des inégalités naturelles, comme par exemple la taille des individus, ou d'autres caractéristiques physiques, qu'il n'est pas possible de corriger bien qu'elles puissent avoir des effets néfastes sur certaines dimensions de la vie des personnes (l'accès à certains métiers, leur épanouissement affectif, etc.). Chercher à supprimer toutes les inégalités pourrait nous amener, selon la formule de Pogge, à tomber dans un « puits sans fond » (bottomless pit) [[15,

⁸ Ce chapitre s'appuie très largement sur la note Equidec 1 « Évaluer l'offre de prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans un contexte décentralisé : modèles de justice, critères d'évaluation et comparaison » Note EQUIDEC n°1 Mai 2023, rédactrices : Thébaut Clémence et Bourreau-Dubois Cécile

16] in [23]]. En définitive, ce qui caractérise une inégalité comme une injustice, est l'impact qu'a celle-ci sur l'atteinte d'objectifs jugés fondamentaux : par exemple le fait de vivre dans des conditions matérielles satisfaisantes, de pouvoir exercer ses droits, d'être en mesure d'élever ses enfants dans un cadre de vie sécurisé et de leur apporter toutes les ressources nécessaires à leur bon développement, d'avoir une activité professionnelle valorisante et source d'estime de soi, etc. Cela dépend également de la conception que l'on se fait de ce qui relève de la responsabilité de la collectivité et ce qui relève de la sphère privée.

Les différentes théories de justice proposées dans la littérature se distinguent selon la réponse qu'elles proposent à trois questions principales [20, 22, 7].

1. La première question concerne la définition de ce que l'on souhaite répartir équitablement (*distribuendum*) : cherche-t-on à répartir équitablement des conditions de vie satisfaisantes définies objectivement, telles que le revenu, l'éducation, la santé ? Ou cherche-t-on à répartir équitablement un niveau d'appréciation subjective des situations individuelles (utilité, satisfaction, bien-être) ? Ce *distribuendum* est-il complet ou porte-t-il sur des dimensions particulières des situations ?
2. La deuxième question concerne le principe de répartition du *distribuendum* : cherche-t-on à répartir les ressources de façon à maximiser la somme des quantités produites de ce *distribuendum* dans la population ? Ou cherche-t-on à les répartir de façon à réduire la dispersion interindividuelle dans la population ?
3. La troisième question concerne l'évaluation du *distribuendum* : cherche-t-on à répartir équitablement les chances d'accéder au *distribuendum* ou l'atteinte effective du *distribuendum* ? Cette distinction est importante, par exemple, pour comprendre la différence entre l'approche par les capacités développée par Sen [20] et celle par le revenu équivalent santé, développée par Fleurbaey [6]. La première vise à égaliser les opportunités de fonctionnements, tandis que la seconde vise à égaliser les résultats sur des dimensions de la vie des individus, jugées socialement fondamentales (comme la santé par exemple).

2. Comment concilier le principe de décentralisation et l'évaluation des politiques publiques à l'échelle du territoire national ?

2.1. Les différentes dimensions de la question

S'intéresser à l'évaluation des politiques de prise en charge de la perte d'autonomie dans un contexte de politiques décentralisées conduit à questionner à quelles conditions un Etat central peut imposer, à travers l'évaluation des politiques locales, un cadre normatif aux départements. En d'autres termes, le problème que nous posons est celui de la conciliation entre le principe de décentralisation et l'évaluation des politiques publiques à l'échelle du territoire national. En effet, le principe de décentralisation a pour objectif de permettre à chaque collectivité territoriale de poursuivre ses objectifs propres, selon les souhaits exprimés démocratiquement par les populations locales, dans un cadre fixé par l'Etat central. Dans ce contexte, doit-on fixer un objectif national et évaluer les politiques locales au regard de celui-ci ou doit-on laisser chaque département fixer ses propres objectifs et adapter l'évaluation en conséquence ? Laisser les départements fixer leurs propres objectifs implique que l'on renonce à comparer la situation des différents départements entre eux. En effet, selon

l'objectif retenu, l'offre de soins au sein d'un département pourrait être jugée plus ou moins équitable par rapport à l'offre disponible dans d'autres départements. Il resterait alors possible de comparer uniquement l'évolution de l'offre au sein d'un département sur plusieurs années, et de comparer l'offre entre départements ayant retenu des objectifs semblables.

La réponse à cette question dépend des arguments justifiant le principe de décentralisation. *Un premier argument* repose sur une conception de type théorie de l'agence : les autorités locales sont mieux informées de ce qui se passe sur leur territoire, elles connaissent mieux leur population et les contingences de la production des services. Ce premier argument, qui justifie le principe de la décentralisation par des limites informationnelles, est donc compatible avec le fait de définir au niveau de l'État centra une conception du juste et les critères d'évaluation qui en découlent. Retenir des critères d'évaluation communs pour tous les départements ne signifie pas pour autant que l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie soit parfaitement identique d'un département à un autre.

1. Premièrement, certains objectifs peuvent inclure la satisfaction de préférences individuelles susceptibles de varier au niveau local, à l'instar des modèles de justice welfariste. Ils peuvent également impliquer de prendre en compte le contexte géographique, social, économique et institutionnel, à l'instar des modèles de justice basés sur les capacités proposées par A. Sen.
2. Deuxièmement, il est rappelé que l'évaluation sert d'input à la décision publique qui est prise à un niveau national et local, selon des procédures administratives et démocratiques. Elle sert à justifier ou contester des choix politiques afin d'améliorer leur acceptabilité. Une situation contrastée en termes de répartition de l'offre de soins n'est donc pas illégitime, même si elle peut être interrogée.

Un *deuxième argument* s'inscrit dans la perspective proposée par Habermas (1997) : l'Etat central donne au local le pouvoir de délibération dans certains domaines ; dans ce cas, l'Etat central se limite à vérifier les conditions de la délibération (corruption, clientélisme, incompétence ...) et non les résultats des délibérations. Ce deuxième argument ne permet pas de définir une conception du juste au niveau de l'État central. Celui-ci peut cependant imposer le respect de normes minimales.

2.2 Différentes familles de solutions

En réponse au problème précédemment décrit (définir des critères d'évaluation permettant de comparer l'offre entre départements, tout en préservant l'autonomie donnée aux conseils départementaux), plusieurs familles de solutions peuvent être envisagées. La notion de « solutions » est utilisée ici, au sens où l'entend Fleurbaey [7]. Ces solutions décrivent les situations sociales idéales jugées « justes », à l'aune desquelles les situations concrètes sont évaluées.

« *Une solution décrit les états socio-économiques justes, ou le degré de justice des états socioéconomiques. (...) une solution ne comporte pas en général d'indication précise sur les états justes ou les états les plus justes possibles. Pour cela il faut faire intervenir l'économie descriptive qui peut prévoir les conséquences de la mise en place de telle ou telle institution en s'appuyant sur une théorie de comportement des agents économiques. (...) Un état socioéconomique est donné par la description de la situation des entités justiciables (les individus généralement). Le choix des éléments pertinents pour une telle description,*

concernant les entités et leur situation, est partie intégrante de la solution. C'est même bien souvent l'élément central. » ([7], p. 7)

Ces solutions supposent une conception de la justice particulière, le plus souvent basée sur un argumentaire dérivé de la philosophie morale et de la philosophie de la connaissance.

« L'argumentaire est un ensemble d'arguments et d'exigences premières dont est dérivée la solution. L'objectif de l'argumentaire est de justifier la solution particulière mise en avant par la théorie, à partir d'une théorie de la justice issue de la philosophie, ou de concepts reliés à une telle théorie, ou encore directement à partir de valeurs posées a priori. »

(*Ibid.*, p. 7)

Une première famille de solutions propose d'articuler différents niveaux d'évaluation selon que l'on se place dans la perspective de l'Etat central ou dans la perspective des départements. La seconde famille de solutions regroupe les théories de justice compatibles avec des décisions locales variables.

2.2.1. Une première famille de solutions : articuler plusieurs niveaux d'évaluation

La première possibilité consiste à *définir des seuils minimums* que les départements devraient garantir vis-à-vis de l'Etat central en termes d'offre de prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie. Au-delà de ces seuils, les départements seraient libres (1) d'investir plus ou moins de ressources et (2) d'orienter les ressources vers des types de prise en charge particulières en fonction des préférences locales, qu'elles soient mesurées empiriquement, exprimées par voie démocratique ou délibératives ou seulement présumées par les représentants ou les institutions. Cette approche s'apparente au modèle de justice dit « sufficientariste » [10, 11, 12] [[19] p. 278 in [2]]. Cette approche suppose cependant de définir l'objet sur lequel porte le seuil (*distribuendum*), ce qui renvoie à l'ensemble des questions normatives mentionnées précédemment. S'agit-il de garantir un seuil minimum en termes de ressources (ex. nombre de lits d'Ehpad par habitant, dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie à domicile), en termes de capacités [20], de bien-être ou encore de réalisations sociales fondamentales [6] ?

La deuxième possibilité consiste à distinguer les *distribuenda pour lesquels une uniformisation sur l'ensemble du territoire* est attendue par l'Etat central (ex. égalisation de l'accès à des ressources jugées fondamentales), d'une part, et les *distribuenda pour lesquels on admet une certaine hétérogénéité entre les départements*, d'autre part (ex. bien-être, capacités). Il s'agirait donc de distinguer des *distribuenda nationaux* et des *distribuenda départementaux*. Cette approche se distingue de la première car les *distribuenda pour lesquels on admet qu'il puisse y avoir une hétérogénéité entre les départements* sont définis et font l'objet d'évaluation, contrairement à l'approche sufficientariste qui concentre l'analyse sur les *distribuenda pour lesquels un seuil est défini*. L'articulation entre les objectifs d'uniformisation et les objectifs « facultatifs » pourrait par exemple s'appuyer sur la notion d'*« ordre lexicographique »* tel que proposé par Rawls. Il convient selon lui en premier lieu de garantir un premier principe de justice : chaque personne doit avoir un droit égal au système le plus étendu de libertés de base égales pour tous qui soit compatible avec le même système pour les autres (ex. liberté publique (droit de vote et d'occuper un emploi public), liberté d'expression, de réunion, liberté de pensée et de conscience, protection à l'égard de

l'oppression psychologique et de l'agression physique, droit de propriété personnelle, protection vis-à-vis d'arrestation arbitraire). Une fois le premier principe de justice garanti, il convient de garantir le 2e principe de justice : (a) les inégalités socioéconomiques doivent être attachées à des positions et des fonctions ouvertes à tous (égalité des chances) et (b) ces inégalités (revenus, richesse, pouvoirs et prérogatives, bases sociales du respect de soi) ne sont justifiées que si elles profitent aux personnes les plus défavorisées (principe de différence). Il semble justifié dans cette perspective de garantir l'accès à des ressources nécessaires pour assurer des conditions de vie digne, avant que n'entre en considération l'évaluation de la quantité de bien-être induit par les différentes options envisageables.

2.2.2. Une seconde famille de solutions : un distribuendum qui tienne compte du contexte

Une *deuxième famille de solutions* regroupe l'ensemble des théories de la justice qui supposent en elles-mêmes, de tenir compte de l'environnement économique, social et géographique, susceptibles d'impacter le résultat considéré comme pertinent. Deux théories de justice répondant à ce critère sont identifiées, à ce stade : les théories proposant de répartir équitablement des niveaux de bien-être collectif (welfarisme) et celles proposant de répartir équitablement des capacités.

- Évaluer les politiques sociales décentralisées au moyen d'une approche welfariste

Le terme « welfariste » est utilisé pour désigner un ensemble de théories de la justice proposant de s'appuyer sur les préférences individuelles pour évaluer la valeur d'un bien ou de situations sociales (utilité). Ces préférences sont mesurées au moyen de méthodes d'élicitation, telles que les méthodes d'évaluation contingente. Le plus souvent ces préférences sont agrégées dans la perspective d'un objectif de maximisation de la somme des utilités individuelles. Certains auteurs proposent cependant de viser un objectif d'égalisation des utilités individuelles plutôt que la maximisation (ex. [18, 4]). Fleurbaey propose quant à lui de répartir équitablement un indice de bien-être qui prend en compte à la fois les préférences individuelles et la situation objective de l'individu sur des réalisations sociales fondamentales. Les préférences individuelles en matière de lieu de prise en charge de la perte d'autonomie (domicile vs. Ehpad) sont susceptibles de varier en fonction des territoires (contexte social et culturel) et/ou en fonction des caractéristiques individuelles (rural/urbain, revenu, niveau d'éducation, lieu de résidence, etc.). Prendre en compte les préférences individuelles locales pour définir la répartition des modalités de prise en charge de la perte d'autonomie semble donc pertinent.

- Évaluer les politiques sociales au moyen d'une approche basée sur les capacités

Dans le prolongement des biens premiers de Rawls [17], Sen propose de mesurer l'impact des interventions sur l'éventail des activités qu'un individu a la possibilité de mener, qu'il appelle « capacités », qu'elles soient élémentaires (se nourrir correctement, être en bonne santé...) ou complexes (participer à la vie de la communauté, avoir une haute estime de soi...) [20]. Contrairement aux théories utilitaristes, qui évaluent l'impact des interventions sur le niveau de satisfaction personnelle (utilité), le distribuendum est alors défini de façon objective, et non subjective. Sen recommande de définir de façon délibérative la liste des capacités auxquelles les individus doivent avoir un égal accès. Il est admis que celle-ci est toutefois susceptible de varier en fonction des spécificités des contextes locaux. Par exemple, dans certains contextes le fait de savoir lire est une capacité très importante pour pouvoir se

déplacer et utiliser les transports, pour effectuer les démarches administratives, etc., tandis que savoir compter peut être considéré comme étant moins important. Inversement savoir compter sera une compétence indispensable dans d'autres contextes, par exemple lorsque les individus disposent de microentreprises et lorsque les échanges économiques ont principalement lieu au moyen de monnaie matérielle. Par ailleurs les moyens d'accéder aux compétences jugées fondamentales varient selon les contraintes locales. Disposer d'un permis de conduire est indispensable en zone rurale pour pouvoir se déplacer et ne l'est pas en zone urbaine car les déplacements sont rendus possibles par l'existence de transport en commun.

Dans le contexte de la perte d'autonomie, il est vraisemblable que selon l'environnement géographique et économique, les modalités de prises en charge (domicile ou en Ehpad) permettent plus ou moins de garantir efficacement la capacité à réaliser certains de ces fonctionnements. Par exemple, les aptitudes fonctionnelles de personnes âgées n'ont pas les mêmes conséquences selon le lieu de résidence. Les zones urbaines permettent la livraison à domicile d'un certain nombre de biens (ex. livraison de courses et de repas) et la consommation de services (ex. taxi et VTC), contrairement à des espaces ruraux. À l'inverse, en zone urbaine, la consommation de ces biens et services implique d'avoir un smartphone ou un ordinateur et de savoir l'utiliser. De même, la capacité à se déplacer est facilitée dans des environnements urbains par la disponibilité d'infrastructures de transport (collectif et taxi) et de distance réduite. Elle peut en revanche être freinée par des questions de sécurité. Enfin la capacité à se sentir appartenir à une communauté et être valorisé socialement, qui constitue un autre exemple de compétence, peut être plus ou moins facilement acquise selon l'environnement social et économique. Les réflexions de Sen ont particulièrement influencé les travaux récents sur la prise en compte des enjeux d'équité dans l'évaluation économique des interventions de santé. Coast et al.() ont ainsi développé une série de questionnaires permettant d'évaluer l'impact des interventions sur les compétences [3, 1] et le NICE recommande aujourd'hui leur utilisation, en particulier dans le secteur médico-social [9]. Chaque questionnaire est adapté à une population particulière : les adultes (ICECAP-A), les personnes âgées (ICECAP-O), les aidants (CES) et les patients en fin de vie (ICECAP-SCM). L'utilisation de ces questionnaires est très proche de celle du questionnaire EQ-5D utilisé dans le calcul des Qaly. Ils sont soumis à des échantillons de patients, bénéficiant ou non de l'intervention sous étude, afin qu'ils puissent décrire leur situation sur plusieurs dimensions (l'attachement, la stabilité, l'accomplissement, la joie et l'autonomie pour ICECAP-A). Pour chaque dimension, il existe plusieurs niveaux possibles allant de « pas de compétence » à « pleine compétence » (4 niveaux pour ICECAP-A). Des fonctions de pondération (ou fonctions d'utilité) sont ensuite utilisées pour agréger les notes sur chaque dimension en une valeur unique représentant le niveau de compétences dont bénéficient les individus [8]. Des fonctions de pondération ont été développées par ailleurs pour donner une plus grande priorité aux personnes dont le niveau de compétence est le plus bas [13]. Ces outils, en particulier l'ICECAP-O, pourraient être utilisés pour mesurer l'impact des différentes modalités de prise en charge de la perte d'autonomie, sur le niveau de compétence auquel les individus ont accès, et de mesurer l'impact de paramètres géographiques, socioéconomiques et cliniques sur ces niveaux.

Encadré : Eclairage par le droit constitutionnel des inégalités interdépartementales en matière d'accès aux soins de long terme

La Constitution de 1958 repose sur deux principes clés, qui peuvent sembler contradictoires : le principe de libre administration des collectivités territoriales et le principe d'égalité de la loi. Celui-ci interdit certaines discriminations et exige une application uniforme du droit sur tout le territoire national mais le législateur peut déroger à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, à condition que la différence de traitement soit justifiée par l'objet de la loi.

En matière d'accès aux droits sociaux institués par le législateur, le Conseil constitutionnel a limité son appréciation aux seules ruptures caractérisées manifestes de l'égalité. Ainsi, plusieurs décisions du Conseil constitutionnel (en 1997 pour la PSD, 2001 pour l'APA et, 2003 pour le RMI) ont encadré l'attribution des prestations sociales légales pour prévenir les ruptures caractérisées d'égalité. De ces décisions, il faut retenir que pour le Conseil Constitutionnel, **il n'y a pas de rupture caractérisée de l'égalité lorsque le législateur établit un certain nombre de critères pour l'attribution et le montant des aides** (ex : montant minimum de la prestation, grille d'évaluation nationale, recours préliminaire à un expert avant la décision d'octroi de l'aide....). Par ailleurs, il s'avère que la jurisprudence constitutionnelle ne contient pas d'exemple de dispositifs de prestations sociales qui auraient été censurées en raison d'une rupture d'égalité entre les bénéficiaires de différents départements. Le Conseil constitutionnel semble donc limiter son contrôle au fait qu'il existe une architecture nationale du système qui garantit une égalité formelle et abstraite. Le principe d'égalité ne s'applique qu'aux droits obligatoires, et non aux aides facultatives allouées par les départements (ex : fonds départementaux de compensation du handicap...°. Celles-ci peuvent donc varier sans constituer une rupture d'égalité, car elles sont complémentaires et non obligatoires. Enfin, d'après l'examen de la jurisprudence administrative, si les décisions de refus d'aide peuvent être contestées devant les juridictions administratives, les arguments basés sur une rupture d'égalité entre territoires sont rarement retenus.

Cet encadré s'appuie sur le travail réalisé par Baptiste Dumas, étudiant de L3 en double licence droit et économie à la Faculté de droit de Nancy, dans le cadre de son stage au Beta

3. Quelles utilisations possibles de ces différents cadres normatifs pour évaluer l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie ?

La recherche EQUIDEC revendique une dimension opérationnelle en ce sens qu'il s'agit de proposer des méthodes d'évaluation implémentables, c'est-à-dire susceptibles d'être mobilisées par les décideurs publics nationaux et locaux pour piloter leur action. La question est donc celle de la possibilité de mettre en œuvre effectivement les solutions identifiées dans le cadre de la démarche normative. En particulier cela pose la question de la possibilité de produire la base informationnelle qu'elles nécessitent.

« Toute démarche d'évaluation se caractérise par sa base d'information, c'est-à-dire par l'ensemble des informations dont il est nécessaire de disposer pour formuler un jugement conforme à cette démarche, mais aussi, et ce n'est pas moins important, par l'ensemble des informations exclues de l'évaluation directe. (...) De fait, pour isoler le « principe actif » d'une théorie de la justice, il suffit de se pencher sur sa base d'informations et de voir quels éléments celle-ci intègre ou exclut. » ([21], p.81- 82).

A l'issue de notre recherche, il apparaît que l'indicateur de l'AGFE privilégié dans cette recherche peut être mobilisé pour évaluer l'offre de prise en charge selon les différentes théories de la justice précédemment identifiées, à la condition pour certains de ces cadres d'être étendu à la prise en charge à domicile et complété par des informations sur les préférences individuelles concernant les différentes modalités de prise en charges (Ehpad, domicile) et sur l'impact de celles-ci sur les niveaux de capacités des individus.

Dit autrement, l'élaboration de l'indicateur AGFE constitue en fait la première étape d'un programme de recherche plus large visant à évaluer l'équité territoriale en matière d'accès aux soins de long terme. En effet, pour certains des cadres normatifs identifiés, l'indicateur devrait être étendu à la prise en charge à domicile et complété par des informations sur les préférences individuelles concernant les différentes modalités de prise en charges (Ehpad, domicile) et sur l'impact de celles-ci sur les niveaux de capacités des individus.

Ainsi, la deuxième étape consisterait à développer un indicateur similaire concernant l'accès aux soins à domicile (AGFD). La combinaison des deux indicateurs AGFE et AGFD permettrait alors d'évaluer plus complètement l'équité d'accès à la prise en charge de la perte d'autonomie (AGFE&D).

Au final, ces trois indicateurs permettraient d'évaluer la répartition de l'offre de prise en charge du point de vue des principales théories de la justice :

- Les indicateurs AGFE, AGFD et AGFE&D peuvent être utilisés comme critères d'évaluation dans une perspective ressourciste. Ainsi, l'accès aux Ehpad serait, considéré comme une ressource à répartir équitablement dans la population, dans le but de garantir des conditions de vie « suffisamment » bonnes. Il est possible d'interpréter les résultats de l'évaluation au regard d'un seuil établi au niveau national (approche sufficentariste), qu'il reviendrait à l'Etat central de fixer.

- Sous réserve de disposer d'une information sur les préférences individuelles en matière de lieu de prise en charge de la perte d'autonomie (domicile vs. Ehpad), ces trois indicateurs permettraient d'évaluer la répartition de l'offre de soins dans une perspective welfariste (Cf. 3.2.1) ; il s'agirait notamment d'identifier les déterminants de ces préférences à la fois au niveau individuel (caractéristiques socioéconomiques) et environnemental (caractéristiques du lieu de résidence) ;

- Ces trois indicateurs permettraient enfin d'évaluer la répartition de l'offre de soins dans la perspective d'un modèle de justice visant une égalisation des capacités. La garantie d'une prise en charge à domicile ou en Ehpad, à partir d'un certain niveau de dépendance, permet en effet de garantir que les individus puissent réaliser un ensemble de fonctionnements (pouvoir être propre, pouvoir se nourrir, ne pas souffrir d'isolement, etc.) ; l'impact de l'environnement sur l'accès aux capacités en fonction des différents niveaux de perte d'autonomie devra être également évalué.

Les étapes suivantes consisteraient à enrichir ces trois indicateurs en prenant en compte des paramètres liés à la demande (niveau de GIR, situation conjugale, disponibilités d'aidants familiaux). Les différentes analyses qui pourraient être menées à partir de ces informations permettraient de prendre en compte les spécificités territoriales qui justifient une répartition différenciée de l'offre de soins en fonction des départements. Sur la base de ces analyses, il serait envisageable de proposer un modèle d'aide à la décision permettant d'identifier le nombre de places à créer dans les différents dispositifs de prise en charge (Ehpad, domicile)

en fonction de tous les paramètres considérés et en fonction du modèle de justice retenu, tout en permettant au régulateur de tester différentes hypothèses de demande (en fonction des projections démographiques par exemple).

4. Synthèse

La recherche a permis de poser des premiers jalons sur le plan normatif, permettant d'identifier différents modèles de justice à l'aune desquels évaluer les résultats des politiques publiques dans un cadre partiellement décentralisé. Quatre théories de la justice distinctives peuvent être ainsi distinguées. Cette typologie, dérivée d'une matrice proposée par Fleurbaey (Fleurbaey 1996), distingue les théories de la justice en fonction du distribuendum considéré : s'agit-il de « distribuenda » assez spécifiques (approche basée sur les ressources), relatives à une ou plusieurs conditions objectives de la situation d'une personne (accès à une maison de retraite, accès à des soins à domicile, accès à l'un ou l'autre de ces types de soin de longue durée etc.), ou « distribution complète », prenant en compte la situation dans son ensemble, comme le bien-être (welfarisme) ou les possibilités d'exercer son autonomie et d'atteindre ses objectifs de vie (approche fondée sur les capacités (Sen 1987)). Le choix de l'un ou l'autre distribuendum est une réponse à la question bien connue de Sen : « L'égalité de quoi ? Pour les deux types de distribuendum (spécifique ou complet), deux types de critères peuvent être considérés pour définir une distribution équitable : garantir un niveau minimum de distribuendum à l'ensemble de la population (suffisantisme) (Alcantud et al. 2022), ou s'efforcer d'atteindre l'égalité (égalitarisme). Toutes les combinaisons (distribuendum×criterion) sont possibles (soit 4 types de théorie de la justice). Il s'agit alors d'examiner dans quelle mesure l'appareil statistique est en mesure produire les bases informationnelles nécessaires pour pouvoir produire les indicateurs pertinents par rapport aux distribuenda sélectionnés.

Ces quatre théories sont adaptées à l'évaluation de l'équité géographique dans un contexte décentralisé, en ce sens que chacune permet de concilier exigence d'équité de l'échelon central d'une part et logique de décentralisation d'autre part. Ainsi, choisir un distribuendum spécifique est compatible avec le respect de la liberté des départements, que le critère de distribution soit suffisantariste ou égalitariste puisque dans les deux cas les départements sont laissés libres sur les autres types distribuenda. Choisir une approche suffisantariste respecte le principe de la décentralisation, que le distribuendum soit complet ou particulier en ce sens que les départements sont libres d'aller au-delà de la valeur cible retenue par l'échelon central. Enfin, combiner une approche égalitariste et un distribuendum complet est compatible avec la décentralisation dès lors que les départements ont alors le choix dans la manière d'atteindre le niveau de distribuendum fixé par l'échelon central.

Dans le cadre de cette approche, choisir un indicateur en termes d'accessibilité géographique et financière revient à

- s'inscrire dans une approche privilégiant un distribuendum spécifique, relatif à une condition objective de la situation d'une personne (l'accès à une maison de retraite)
- retenir une évaluation de ce distribuendum en termes de chances d'accès : la question n'est pas de mesurer la consommation effective par les membres de la population cible

mais le possible de consommation garanti via la quantité d'offre (ie. de ressources) mise à disposition.

En ce sens, l'indicateur d'AGFE retenu dans cette recherche s'inscrit dans une approche de type ressourciste, qui est de fait classiquement utilisée par le régulateur français dans le champ sanitaire et médico-social (cf. taux d'équipement, indicateur d'accessibilité potentielle localisée, APL). Pour pouvoir mener une analyse en termes de distribuendum complet, il serait nécessaire d'étendre l'indicateur d'accessibilité à la prise en charge à domicile et d'intégrer les préférences individuelles concernant les différentes modalités de prise en charge (Ehpad et domicile) et sur l'impact de celles-ci sur les niveaux de capacités des individus. La construction et la mesure de l'indicateur de l'AFGE constitue donc une première étape d'un programme de recherche plus large visant à évaluer l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme.

Bibliographie

- [1] H. Al-Janabi, T.N. Flynn, and J. Coast. Development of a self-report measure of capability wellbeing for adults: the icecap-a. *Quality of Life Research*, 21 :167–176, 2012.
- [2] J.C.R. Alcantud, M. Mariotti, and R. Veneziani. Sufficientarianism. *Theoretical Economics*, 17 :1529–1557, 2022. [
- [3] J. Coast, R. Smith, and P. Lorgelly. Should the capability approach be applied in health economics ? *Health Economics*, 17 :667–670, 2008.
- [4] G.A. Cohen. On the currency of egalitarian justice. *Ethics*, 99 :906–944, 1989.
- [5] G. Felouzis. Les inégalités scolaires. « Que sais-je ? ». PUF(Paris), 2014.
- [6] M. Fleurbaey. Equal opportunity or equal social outcome? *Economics and Philosophy*, 11 :25–55, 1995.
- [7] M. Fleurbaey. Théories économiques de la justice. *Economica(Paris)*, 1996.
- [8] T.N. Flynn, E. Huynh, T.J. Peters, and et al. Scoring the icecap-a capability instrument. estimation of a uk general population tariff. *Health Economics*, 24 :258–269, 2015. [9] National Institute for Health and Clinical Excellence. The social care guidance manual. 2016. [10] H.G. Frankfurt. Equality as a moral ideal. *Ethics*, 98 :21–43, 1987.
- [11] H.G. Frankfurt. Equality and respect. *Social Research*, 64 :3–15, 1997.
- [12] H.G. Frankfurt. The moral irrelevance of equality. *Public Affairs Quarterly*, 14 :87–103, 2000.
- [13] P. Mitchell, T. Roberts, P. Barton, and et al. Assessing sufficient capability : a new approach to economic evaluation. *Social Science & Medicine*, 139 :71–79, 2004.
- [14] X. Nau. Les inégalités à l'école. *Avis du Conseil économique, social et environnemental*. La documentation française (Paris), 2011.
- [15] T. Pogge. Realizing Rawls. Cornell University Press(Ithaca), 1989.
- [16] T. Pogge. Relational conceptions of justice : Responsibilities for health outcomes. In Sudhir Anand, Fabienne Peter, and Amartya Sen, editors, *Public Health, Ethics, and Equity*, pages 135– 161. Oxford University Press, 2004.
- [17] J. Rawls. A theory of justice. Harvard University Press(Cambridge), 1971.
- [18] J.E. Roemer. Equality of talent. *Economics and Philosophy*, 1 :151–187, 1985.
- [19] J.E. Roemer. Eclectic distributional ethics. *Politics, Philosophy and Economics*, 3 :267–281, 2004. 7

- [20] A. Sen. *On Ethics and Economics*. Basil Blackwell(Oxford), 1987.
- [21] A. Sen. *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Odile Jacob(Paris), 2003.
- [22] P. Van Parijs. *Qu'est-ce qu'une société juste ? Introduction à la pratique de la philosophie politique*. Editions du Seuil(Paris), 1991.
- [23] P-L. Weil-Dubuc. *L'injustice des inégalités sociales de santé. Controverses*. Hygée éditions, 2023.

CHAPITRE 2. PANORAMA DES DIFFERENTS OUTILS LEGAUX POUR REGULER LE SECTEUR DES EHPADS : AUTORISATION, HABILITATION, TARIFICATION ET CONVENTIONNEMENT⁹

L'un des objectifs du projet EQUIDEC a été d'enrichir les indicateurs classiques d'accessibilité géographique aux Ehpad en intégrant les contraintes de nature financière pesant sur l'accès à ces établissements. La prise en charge en Ehpad s'accompagne en effet d'un reste à payer moyen élevé, estimé en 2019 à 1 957 euros par mois, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)¹⁰. Pour prendre la mesure de l'accessibilité financière aux Ehpad il est nécessaire de rapprocher les frais de séjour à la charge des résidents des ressources dont ces derniers disposent pour y faire face. L'une des premières tâches de EQUIDEC a été de documenter le plus finement possible la première dimension de cette accessibilité, celle relative aux frais de séjour, et plus spécifiquement au financement de la section « hébergement », destinée à couvrir les frais de gite et de couvert. Parce que le tarif « hébergement » couvre plus de la moitié des coûts de prise en charge en Ehpad et qu'il est pour une très large partie laissé à la charge des résidents, il constitue un déterminant majeur de l'accessibilité financière aux Ehpad. En outre, on peut souligner que la mise en œuvre, en 2025, de la Loi "Bien Vieillir" (du 8 avril 2024) va laisser aux établissements une plus grande liberté dans la fixation du tarif « hébergement ». Elle impliquera donc nécessairement une augmentation des tarifs appliqués aux non-bénéficiaires de l'ASH, dans des proportions qu'il conviendra d'évaluer dans une autre étude.

Ce chapitre présente un état des lieux des différents régimes de tarification des frais d'hébergement, en s'appuyant à la fois sur la littérature grise et sur une analyse statistique réalisée à partir de l'édition 2019 de l'enquête EHPA. Après avoir présenté le cadre général des outils légaux dont disposent les départements (1), ce chapitre propose un chiffrage des capacités d'accueil et du nombre de places habilitées à l'aide sociale dans les Ehpad (2), une présentation des différents régimes de tarification selon le degré d'habilitation à l'aide sociale (3) et de l'impact des conventions d'aide sociale sur la liberté tarifaire des établissements (4). Enfin, à titre de synthèse, est proposée une estimation de la répartition des résidents d'Ehpad selon leur tarif « hébergement » (5).

1. Le cadre général

Le conseil départemental dispose d'un éventail d'outils légaux dont la combinaison lui permet de contrôler partiellement les capacités et l'accessibilité financière des Ehpad :

- l'autorisation (création, extension, transformation), qui permet de contrôler le nombre total de places en Ehpad ;

⁹ Ce chapitre s'appuie très largement sur la Note Equidec n°2, « Régulation du secteur des Ehpad : autorisation, habilitation, tarification, conventionnement », Note EQUIDEC n°2 Février 2024, rédigée par Carole Bonnet et Roméo Fontaine.

¹⁰ L'ASH est attribuée après mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupérable au moment de la succession. Elle ne peut donc pas être assimilée à un financement public au même titre que l'aide personnalisée d'autonomie (APA), l'aide au logement ou la réduction d'impôt [7].

- l'habilitation à l'aide sociale de chaque Ehpad, pour tout ou partie de sa capacité d'accueil, qui permet aux résidents de bénéficier d'un financement public différentiel de leur séjour en Ehpad, via l'aide sociale à l'hébergement (ASH), s'ils y sont éligibles ;
- la tarification, qui permet de contrôler les tarifs « dépendance » de l'ensemble des Ehpad ainsi que tout ou partie des tarifs « hébergement » pour les Ehpad partiellement ou totalement habilités à l'aide sociale ;
- le conventionnement, qui permet d'assouplir les contraintes qui pèsent sur le prix facturé dans les établissements habilités à l'aide sociale.

Le financement des Ehpad est particulièrement complexe. Il repose depuis 2003 sur un découpage en trois composantes tarifaires : le tarif « soins », le tarif « dépendance » et le tarif « hébergement », chacun couvrant respectivement, 30%, 14% et 56% du coût total moyen d'une prise en charge en Ehpad. Chacune de ces composantes implique des financeurs et des règles de solidarité différentes :

- le tarif « soins » est intégralement financé par la branche Autonomie de la Sécurité sociale pour l'ensemble des résidents ;
- le tarif « dépendance », qui sert à payer dans l'Ehpad ce qui relève de l'aide à la vie quotidienne, est fixé par le département et variable selon l'intensité du besoin d'aide des personnes (mesuré selon une grille nationale, dite grille AGGIR¹¹) ; il est partiellement financé via l'APA pour les personnes éligibles, laissant à la charge des résidents un reste à payer moyen de 173 euros par mois, indépendant du niveau de dépendance et très peu sensible au revenu (appelé « talon ») ;
- enfin, le tarif « hébergement », couvrant les frais de gite et de couvert, est à la charge quasi-intégrale des résidents¹² sauf pour les bénéficiaires de l'ASH.

L'ASH est une aide versée par les départements. Elle s'adresse aux personnes résidant dans un Ehpad habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale qui ne peuvent s'acquitter des frais d'hébergement. Son montant est égal à la différence entre (i) le coût de prise en charge pour le résident et (ii) les ressources dont il est supposé disposer pour y faire face, incluant ses propres ressources, celles de son conjoint éventuel et la contribution attendue des personnes tenues à l'obligation alimentaire [7]. Le coût de prise en charge correspond le plus souvent au tarif « hébergement » majoré du talon dépendance. Il peut aussi comprendre, dans certains départements, des dépenses jugées nécessaires et incompressibles comme les frais d'une couverture complémentaire santé, les frais de tutelles, les dépenses d'appareillage auditif, les frais de lavage du linge personnel, etc.

La facturation et la couverture du tarif « hébergement » constitue la partie la plus complexe du dispositif. Le tarif peut être fixé par le département dans certaines situations et laissé à la discrétion de l'Ehpad dans d'autres. Dans certains cas, il est laissé à la liberté du gestionnaire mais encadré par des règles imposées par le Conseil départemental. Enfin, la part de ce tarif laissée à la charge du résident dépend elles-aussi de nombreux paramètres : elle dépend du statut du résident vis-à-vis de l'ASH et, pour les allocataires de l'ASH, elle dépend de leur revenu, du revenu de leurs obligés alimentaires et du patrimoine du résident (actif net

¹¹ Cf. Annexe 2.1. du Code de l'action sociale et des familles pour une description de la grille AGGIR.

¹² 5% de ce tarif est en moyenne couvert par les aides au logement et la réduction d'impôt.

successoral) du fait du caractère subsidiaire de la prestation¹³. La diversité des « régimes de tarification », combinée avec le grand nombre de critères d'accès à la solidarité publique, rend particulièrement complexe l'analyse de l'accessibilité financière.

2. Capacité d'accueil autorisée et habilitation à l'aide sociale

La capacité d'accueil en Ehpad autorisée par les Conseils départementaux et les Agences régionales de santé est ici décrite à partir de l'enquête « Établissement d'hébergement pour personnes âgées » (EHPA) de 2019, conduite par la DREES. Le champ de l'enquête couvre les 10 901 établissements de la France entière (dont 7 483 Ehpads). Parmi les Ehpads, le taux de réponse à l'enquête est de 63,4 %. Les analyses statistiques sont présentées ici après imputation des valeurs manquantes¹⁴.

Fin 2019, on comptait ainsi un peu moins de 7 500 Ehpads, représentant une capacité d'accueil en hébergement permanent de près de 590 000 places¹⁵. Ces places étaient occupées à hauteur de 97,4% [2]. Environ la moitié de la capacité d'accueil est gérée par des établissements publics, un peu plus d'un quart par des établissements privés à but non lucratif (BNL) et un peu moins d'un quart par des établissements privés à but lucratif (BL) (tableau 1).

Tableau 1 : Capacité d'accueil des Ehpads en 2019, selon le statut juridique

Capacité d'hébergement	Publics	Publics	Privés	Privés	Ensemble
permanent	hospitaliers	non hospitaliers	BNL	BL	
Ehpads					
Effectifs	1 203	2 128	2 343	1 809	7 483
Proportions (en %)	16,1	28,4	31,3	24,2	100
Places d'hébergement					
Effectifs	126 525	160 461	169 593	133 160	589 739
Proportions (en %)	21,4	27,2	28,8	22,6	100

Note : BNL : But non lucratif ; BL : But lucratif.

Lecture : en 2019, le secteur privé à but non lucratif (BNL) représente 31,3% des Ehpads (2 343 sur 7 483) et 28,8% des places d'hébergement (169 593 sur 589 739).

Champ : Ehpads en France métropolitaine (valeurs manquantes imputées).

Sources : DREES, EHPA 2019.

Le Conseil départemental a la possibilité d'habiliter à l'aide sociale chaque Ehpad pour tout ou partie de sa capacité d'accueil. Cette habilitation permet aux établissements d'accueillir des résidents dont le séjour est financé sur fonds publics par l'ASH. Les établissements dont l'ensemble de la capacité autorisée est habilitée peuvent accueillir des allocataires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places. Pour certains établissements, le nombre de places habilitées

¹³ Pour une présentation de l'ASH, des règles d'éligibilité et de la mise en oeuvre du principe de subsidiarité se reporter à [10].

¹⁴ Pour plus de détails sur l'imputation des valeurs manquantes, se reporter à l'annexe « Procédure d'imputation des caractéristiques manquantes des Ehpads » de la note Equidec 4.

¹⁵ L'accueil en hébergement permanent représente 95% de la capacité d'accueil totale des Ehpads.

est inférieur à la capacité d'accueil. Le nombre d'allocataires de l'ASH accueillis dans ces établissements partiellement habilités ne peut alors pas dépasser le nombre de places habilitées. Enfin certains établissements ne sont pas habilités du tout. Ils ne peuvent pas accueillir d'allocataires de l'ASH¹⁶.

L'article L313-6 du CASF prévoit en principe qu'une place autorisée est habilitée à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. Par exception, l'article L313-8 dispose que l'autorisation et l'habilitation peuvent être refusées « lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues » ou lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner des charges injustifiées ou excessives pour les budgets des collectivités territoriales, le budget de l'État ou des organismes de sécurité sociale. L'établissement est alors partiellement ou pas du tout habilité.

En pratique, en 2019, près de trois quarts des places d'Ehpad en hébergement permanent était habilitées à l'aide sociale. La proportion de la capacité d'accueil autorisée habilitée à l'aide sociale varie cependant de manière importante selon le statut de l'établissement (tableau 2). Les établissements à but lucratif représentent plus de 80% des Ehpad sans aucune habilitation à l'aide sociale et 50% des établissements partiellement habilités. Au total, seul 14% des places installées dans le secteur à but lucratif sont habilitées. Dans les trois autres secteurs, la grande majorité des places est habilitée à l'aide sociale (98% dans le public hospitalier, 95% dans le public non hospitalier et 81% dans le privé à but non lucratif) et ce sont les établissements intégralement habilités qui sont de loin les plus nombreux.

Selon la Drees, l'habilitation totale a tendance à être un peu moins souvent choisie qu'auparavant par les Ehpad (64% en 2019 contre 66% en 2015 et 68% en 2011) ; à l'inverse, la proportion d'établissements partiellement habilités a augmenté de 6 points depuis 2011 pour atteindre 19% des Ehpad en 2019 [5].

¹⁶ À titre dérogatoire, un résident peut bénéficier de l'ASH sans occuper une place habilitée s'il a séjourné dans un établissement à titre payant durant au moins cinq ans et si ses ressources ne lui permettent plus d'assurer le financement de ses frais de séjour (article L231-5 du CASF).

Tableau 2: Nombre d'Ehpad et de places habilitées à l'aide sociale en 2019, selon le statut juridique

	Publics hospitaliers	Publics non hospitaliers	Privés BNL	Privés BL	Ensemble
Nombre d'Ehpads					
Sans habilitation	10 (0,8%)	25 (1,9%)	197 (15,6%)	1 033 (81,7 %)	1 265 (100 %)
Habilitation partielle dont	59 (4,3%) 45 (3,8%) ≥ 50%	196 (14,4%) 128 (10,7%) 68 (41,0%)	439 (32,2%) 393 (32,8%) 46 (27,7%)	671 (49,2%) 633 (52,8%) 38 (22,9%)	1 365 (100%) 1 199 (100%) 166 (100%)
Habilitation totale	1 134 (23,4%)	1 907 (39,3%)	1 707 (35,2%)	105 (2,2%)	4 853 (100%)
Capacité d'accueil					
Places habilitées	124 116 (28,7%)	152 661 (35,3%)	136 939 (31,3%)	18 639 (4,3%)	432 355 (100%)
Places non habilitées	2 409 (1,5%)	7 800 (5,0%)	32 654 (20,7%)	114 521 (72,8%)	157 384 (100%)
% de places habilitées dans l'établissement	98,1	95,1	80,7	14,0	73,3

Lecture : les Ehpad du secteur public hospitalier représentent 28,7% de la capacité d'accueil habilitée à l'aide sociale et 1,5% de la capacité non habilitée. Ce secteur peut accueillir 98,1% de résidents bénéficiaires de l'ASH.

Champ : Ehpad en France (valeurs manquantes imputées).

Sources : DREES, EHPA 2019.

Le nombre de places habilitées à l'aide sociale limite le nombre de résidents pouvant bénéficier de l'ASH. Cependant, au niveau national, le nombre de places habilitées est nettement supérieur au nombre de bénéficiaires de l'ASH. Celles-ci ne sont en effet occupées qu'à 22 % par des allocataires de l'ASH. Cet écart traduit le double objectif, commun à de nombreux départements et gestionnaires d'Ehpad, de ne pas limiter le nombre de places accessibles aux bénéficiaires de l'aide sociale et de proposer un tarif unique aux résidents, qu'ils soient allocataires ou non de l'ASH (cf. infra). L'habilitation n'est en effet pas seulement la condition d'une solvabilisation de la demande par l'ASH : parce qu'elle s'articule avec les règles de tarification, c'est aussi le moyen pour les départements de développer une offre d'accueil en Ehpad à tarif maîtrisé pour l'ensemble de la population dépendante de son département.

3. Régimes de tarification selon le degré d'habilitation à l'aide sociale

Trois degrés d'habilitation coexistent donc : habilitation totale, habilitation partielle de la capacité installée et absence d'habilitation. A chacun de ces régimes est associée une ou plusieurs modalités de tarification. Elles sont ici présentées dans les cas où aucune convention d'aide sociale n'a été signée avec le Conseil départemental. L'incidence des conventions d'aide sociale est présentée dans la section suivante.

3.1 La tarification des établissements totalement habilités

Dans le cas des établissements totalement habilités à l'aide sociale, le tarif « hébergement » est administré par le Conseil départemental pour l'ensemble des résidents, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'ASH. Il est fixé par le président du conseil départemental pour chaque établissement via des arrêtés de tarification et s'applique à chaque nouveau résident. Ce tarif

peut varier en fonction des caractéristiques de la chambre (simple ou double, surface, etc.). Le tarif administré est applicable à tous les résidents, quel que soit le niveau de leurs ressources et qu'ils soient allocataires ou non de l'ASH. Les résidents non allocataires de l'ASH bénéficient ainsi d'un tarif administré, alors qu'ils pourraient éventuellement s'acquitter d'un montant supérieur. Cette situation a conduit récemment un certain nombre d'acteurs à s'interroger sur les marges de manœuvre financières qui pourraient être dégagées en assouplissant cette règle ([4] p. 62, [11], [1]). Le conseil départemental décide d'un taux d'augmentation annuel. Celui est extrêmement variable. Ainsi, « en 2023, pour 94 départements recensés, dans un contexte d'inflation très forte, les revalorisations varient entre 0 et 6%. L'augmentation moyenne est de 2,9%, la médiane est de 3,0% » ([11], Annexe IV, p. 86).

1.2 La tarification des établissements partiellement habilités

Selon l'IGAS, les établissements partiellement habilités sont caractérisés par un régime de tarification différent selon que la proportion de places habilitées, i.e. la proportion maximale d'allocataires de l'ASH pouvant être accueillie, est inférieure ou supérieure à 50 % [9] de la capacité. La mission IGAS précise cependant qu'elle "n'a ni trouvé ni obtenu de base juridique à la différence de mode de tarification entre les établissements partiellement habilités pour plus de 50% de leur capacité autorisée et les établissements habilités pour moins de 50% de cette capacité. L'article auquel les acteurs renvoient habituellement est le L342-124 du CASF. Mais celui-ci distingue les établissements en fonction du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale qu'ils accueillent, et non en fonction de la part de leur capacité pour laquelle ils sont habilités".

Les établissements dont la capacité d'accueil est habilitée à plus de 50 % ne représentent que 12 % des établissements partiellement habilités, soit 2 % de l'ensemble des Ehpad (tableau 2). Leur régime tarifaire est le même que celui des établissements totalement habilités : le tarif « hébergement » est administré pour l'ensemble des résidents, bénéficiaires ou non de l'ASH. Pour les établissements habilités à moins de 50 %, la tarification varie selon que le résident est ou non bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement. L'établissement fixe librement le tarif facturé aux résidents non-bénéficiaires de l'ASH. Le président du conseil départemental fixe en revanche le tarif « hébergement » à facturer aux bénéficiaires de l'ASH, dans la limite de la capacité habilitée à l'aide sociale.

3.3 La tarification dans les établissements non habilités

Enfin, dans les établissements non habilités, le tarif « hébergement » est, sauf exception¹⁷, fixé librement par l'établissement pour l'ensemble de ses résidents lors de leur entrée en EHPAD. Seule l'évolution du prix est encadrée¹⁸. Les tarifs peuvent augmenter dans la limite d'un taux fixé annuellement par arrêté ministériel (5,14% en 2023).

¹⁷ L'article L.231-5 du CASF prévoit ainsi que le département peut participer aux frais de séjour d'un résident ayant séjourné à titre payant pendant une durée de cinq ans dans un établissement et dont les ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien. Le résident devient alors bénéficiaire de l'ASH et le tarif qu'il règle devient administré et correspond à la moyenne des tarifs administrés du département

¹⁸ L'évolution est encadrée chaque année par arrêté du ministre de l'économie et des finances fixant le pourcentage maximum de hausse tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services. Pour déroger à ce pourcentage, le gestionnaire devait demander une autorisation au préfet de département. Ce dernier peut fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant d'amélioration de prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation (CASF, art. L. 342-1 et s.)

4 Les conventions d'aide sociale et leur incidence sur la liberté tarifaire

Afin d'introduire de la souplesse tarifaire, l'ordonnance Borloo du 1er décembre 2005 permet aux établissements habilités à l'aide sociale de fixer un tarif « hébergement » applicable aux nouveaux résidents non-bénéficiaires de l'ASH supérieur au tarif appliqué aux bénéficiaires de l'ASH. Le tarif hébergement applicable aux non-bénéficiaires de l'ASH, dit "tarif différencié", permettrait aux établissements de dégager de nouvelles sources de financement, notamment en matière d'investissement immobilier, et d'améliorer la trésorerie de l'Ehpad [1]. La tarification se fait alors en fonction de la qualité du résident, avec un tarif qui reste administré pour les bénéficiaires de l'ASH, mais un tarif libre ou semi-administré pour les non-bénéficiaires de l'ASH. Pour pratiquer un tarif différencié, les établissements doivent signer une convention d'aide sociale avec le Conseil départemental (article L342-3-1 du CASF). Les établissements concernés doivent à la fois (i) être habilités à 50 % ou plus de leur capacité d'accueil et (ii) avoir accueilli moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale sur les trois exercices précédents.

4.1 Les conventions d'aide sociale offrent une plus grande liberté aux établissements sur les tarifs appliqués aux non-bénéficiaires de l'ASH

La convention d'aide sociale fait ainsi passer les établissements signataires dans le régime de tarification caractérisant les établissements partiellement habilités à moins de 50 %, avec un tarif administré pour les allocataires de l'ASH et libre ou semi-administré pour les autres.

L'intérêt d'une convention à l'aide sociale plutôt qu'une déshabillement partielle à l'aide sociale est de permettre aux départements de conserver (et d'afficher) un taux élevé de places habilitées et ainsi de ne pas resserrer la contrainte sur le nombre maximal d'allocataires de l'ASH pouvant être accueillis par l'établissement. Pour les établissements, elle offre a priori moins de liberté tarifaire car le tarif différencié reste encadré par le département (cf. infra). Mais, selon l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), elle permet à l'établissement de conserver son éligibilité au Plan d'aide à l'investissement des ESMS de la CNSA, aux enveloppes "investissement au quotidien" et l'accès aux prêts aidés de la Caisse des dépôts [1].

La convention d'aide sociale prévoit les modalités d'évolution de chacun des tarifs, le tarif « aide sociale » et le tarif « différencié », sur la base du taux directeur fixé par arrêté ministériel pour ce dernier. La convention d'aide sociale précise notamment : 1° les conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'ASH ; 2° le montant des différents tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale et la définition des prestations garanties auxquelles ces tarifs correspondent¹⁹.

4.2 Exemples d'encadrement du tarif différencié

D'après quelques exemples de conventions, la liberté tarifaire applicable aux résidents non-bénéficiaires de l'ASH semble encadrée. Cet encadrement est cependant plus ou moins contraignant selon les départements. Certains prévoient par exemple que le tarif différencié,

¹⁹ Suite Article L342-3-1 Les tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale sont revalorisés chaque année pendant toute la durée de la convention du pourcentage prévu à l'article L. 342-3.

appliqué aux non-bénéficiaires de l'ASH, doit demeurer inférieur à celui pratiqué dans les établissements à but lucratif environnants (+/-50 kms) sous peine de remettre en cause le caractère à but non lucratif de l'établissement. Dans la Suite Article L342-3-1 Les tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale sont revalorisés chaque année pendant toute la durée de la convention du pourcentage prévu à l'article L. 342-36 département des Bouches-du-Rhône, les conventions d'aide sociale prévoient quant à elles que « les tarifs appliqués aux résidents non-bénéficiaires de l'aide sociale départementale ne devront pas être supérieurs de plus de 10% du tarif fixé par la présidente du Conseil départemental ». En Alsace, une convention prévoit que l'Ehpad s'engage à ne pas créer d'écart significatif entre le tarif « aide sociale » et les tarifs libres, applicables aux résidents payants.

4.3 Conséquences des conventions sur l'accès aux Ehpad

Si l'introduction d'une souplesse tarifaire permet de dégager des marges financières pour les établissements, elle suscite également des réserves. Tout d'abord, la liberté tarifaire associée aux conventions comporte, pour les Ehpad, une incitation financière à privilégier les demandes d'admission de personnes qui ne bénéficieront pas de l'aide sociale (soit qu'elles n'y soient pas éligibles, soient qu'elles ne la demandent pas et acceptent de payer le tarif différencié en mobilisant des ressources complémentaires). En effet, ce type de résidents s'acquittent d'un tarif plus élevé. En outre, comme le souligne l'IGAS, « l'incitation à ne pas accueillir de bénéficiaires de l'aide sociale serait particulièrement forte pour un établissement habilité en totalité et qui approcherait le taux de 50% de bénéficiaires de l'ASH ». En effet, parce que la signature d'une convention d'aide sociale n'est possible que pour les établissements ayant « accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à sa dernière capacité agréée sur les trois exercices précédent celui de la demande » (article L342-3-1 du CASF), en dépassant 50% de bénéficiaires de l'ASH certains établissements pourraient perdre la liberté tarifaire permise par la convention d'aide sociale et ainsi revenir à des tarifs administrés (plus faibles) pour l'ensemble de leurs résidents ([9], p.30).

La convention d'aide sociale devrait cependant écarter ce risque car elle doit théoriquement imposer que l'établissement donne des garanties quant aux moyens qu'il met en œuvre pour accueillir des bénéficiaires de l'ASH (article D342-2). Mais il semble que la contrainte soit, dans la pratique, relativement limitée. Les conventions se contentent souvent d'imposer un taux minimal d'accueil de bénéficiaires de l'aide sociale, sans pour autant prévoir de dispositif pour éviter le risque de sélection au-delà de ce taux. Le modèle de convention d'aide sociale mis à disposition par l'ANAP prévoit ainsi que « Le gestionnaire des Ehpad s'engage à admettre des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale et à leur proposer des conditions d'accueil et d'hébergement strictement identiques à celles dont bénéficient les autres résidents »²⁰. Dans les conventions citées par l'IGAS [9], il est mentionné que l'établissement s'engage à garantir l'accueil de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale dans les mêmes conditions d'accès que les résidents payants, mais cela reste peu précis.

La deuxième incidence du développement d'une tarification différenciée est de rendre encore

²⁰ page « tarif différencié » sur le site de l'ANAP [lien consulté le 7/3/2024].

plus complexe la décision par le résident et son groupe familial de recourir ou non à l'ASH : d'une part les frais de séjour deviennent différents selon le choix de recourir ou non à l'allocation, et d'autre part le choix de recourir ou non à la prestation peut avoir un effet sur la date d'entrée si une sélection des résidents est effectivement à l'oeuvre.

En 2019, l'IGAS constatait l'absence de suivi statistique national des conventions d'aide sociale, rendant impossible toute estimation du nombre de places habilitées à tarification semi-administrée. Différents acteurs semblent cependant noter une nette augmentation du nombre de conventions, l'ANAP étant par exemple un promoteur du dispositif. Ce développement accompagnerait le mouvement de déshabillement partielle précédemment évoqué.

4.4 La Loi "Bien Vieillir" généralise à partir de 2025 le régime tarifaire permis par les conventions d'aide sociale

L'article 24 de la Loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » prévoit qu'à compter du 1er janvier 2025 les Ehpad habilités à l'aide sociale pourront appliquer un tarif différencié aux résidents non-bénéficiaires de l'ASH, généralisant ainsi le régime de tarification dont bénéficient aujourd'hui les seuls établissements signataires d'une convention d'aide sociale.

La loi prévoit également un dispositif de suivi de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH accueillis, et ce afin de limiter le risque d'une sélection par les gestionnaires d'établissement de résidents non-bénéficiaires de l'ASH. Chaque année, les établissements devront ainsi transmettre au président du Conseil départemental un état des demandes reçues et des admissions prononcées au cours de l'exercice précédent ainsi qu'un état du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale accueillis. En cas de baisse supérieure à un taux fixé par décret de la part des bénéficiaires de l'aide sociale accueillis, le maintien de ce régime tarifaire sera conditionné à la conclusion d'une convention d'aide sociale fixant des objectifs en matière d'admission de bénéficiaires de l'aide sociale. Un décret devrait avant la fin de l'année 2024 préciser les modalités d'encadrement de ce tarif différencié, en particulier l'écart maximum autorisé entre ce tarif et le tarif appliqué aux bénéficiaires de l'ASH²¹, ainsi que la baisse maximale du nombre de bénéficiaires de l'ASH permettant le maintien de ce régime tarifaire.

4.5 Des données statistiques fragiles

L'édition 2019 de l'enquête EHPA permet pour la première fois d'apporter des éléments statistiques sur la question, au moins sur les établissements totalement habilités. Parmi ces derniers, on estime à 2 552 le nombre d'établissements signataires d'une convention d'aide sociale avec le département, soit un peu plus d'un établissement totalement habilité sur deux. Le conventionnement peut également concerner les établissements partiellement habilités à plus de 50% (166 établissements). Ceux-ci ne sont normalement pas interrogés sur l'existence d'une convention dans l'enquête EHPA 2019, la question étant filtrée pour n'être théoriquement posée qu'aux établissements totalement habilités. 39 établissements habilités partiellement à plus de 50% y auraient néanmoins répondu en déclarant l'existence d'une

²¹ L'article 24 de la loi "Bien vieillir" autorise les départements à fixer un écart maximal plus faible que celui du futur décret.

convention d'aide sociale. Près d'un établissement sur dix habilité à moins de 50 % de sa capacité d'accueil aurait également déclaré une convention d'aide sociale alors que ces établissements sont théoriquement exclus du dispositif. Ces données sur le conventionnement apparaissent ainsi encore relativement fragiles.

5. Synthèse

Au final, trois paramètres interviennent dans la définition du régime de tarification de l'hébergement : la proportion de places habilitées dans l'établissement, l'existence d'une convention d'aide sociale (pour les établissements totalement habilités ou habilités à plus de 50 % de leur capacité d'accueil) et le statut du résident vis-à-vis de l'ASH (tableau 3). Ces trois paramètres permettent d'identifier théoriquement six catégories d'établissements en matière de tarification.

Tableau 3: Les différents régimes de tarification des places d'Ehpad

		Ehpad sans habilitation	Ehpad avec habilitation partielle		Ehpad avec habilitation totale	
		A moins de 50%	A plus de 50%			
			sans convention	avec convention	sans convention	avec convention
Résident ASH	-	ADM	ADM	ADM	ADM	ADM
Résident non ASH*	LIBRE	LIBRE	ADM	SEMI-ADM	ADM	SEMI-ADM
Tarif administré moyen	-	60,4 €/j	59,7 €/j	NR	57,7 €/j	59,2€/j
Tarif libre ou semi-administré moyen	85,2 €/j	82,0 €/j	-	NR	-	60,5€/j
Nombre d'Ehpad	1 259	1 099	238	2 201	2 513	
Nombre de places (HP)	88 485	82 794	19 076	183 354	211 855	

Note : HAS : habilité à l'aide sociale ; ADM : tarif administré.

* Un résident non ASH peut-être éligible à l'ASH mais ne pas en bénéficier, soit parce qu'il (ou son groupe familial) ne souhaite pas y recourir, soit parce que l'établissement dans lequel il réside a atteint le nombre maximal d'allocataires qu'il peut accueillir compte tenu de sa capacité habilitée à l'aide sociale.

Compte tenu de la distribution du nombre de places au sein des 6 catégories d'établissements, il est possible d'estimer la proportion de résidents concernés par un tarif « hébergement » administré et ceux concernés par un tarif « hébergement » libre ou semi-administré. Nous faisons pour cela trois hypothèses :

- les établissements partiellement habilités ne sont pas signataires de conventions d'aide sociale²² ;

²² Pour les établissements partiellement habilités, l'information disponible dans l'enquête EHPA 2019 sur l'existence d'une convention d'aide sociale nous apparaît trop fragile pour être considérée ici. Sa prise en compte ne modifierait cependant que de manière marginale les résultats présentés dans le tableau 3, étant donné que seuls les établissements habilités à plus de 50 % peuvent théoriquement signer une convention d'aide sociale. Or seuls 166 établissements (soit 2,2% des Ehpad) sont dans ce cas.

- la distribution des résidents allocataires de l'ASH (102 000 fin 2019) au sein des 6 types d'établissements est la même que la distribution des places habilitées à l'aide sociale dans ces 6 établissements²³ ;
- le taux d'occupation est identique (97,4 %) dans les 6 types d'établissements et à l'intérieur de ceux-ci, parmi les places habilitées ou non à l'aide sociale.

Sous ces hypothèses, sur les 570 000 résidents en hébergement permanent fin 2019, 59 % s'acquitteraient d'un tarif hébergement libre ou semi-administré dans le cadre d'une convention d'aide sociale et 41 % d'un tarif strictement administré. Parmi ces derniers, 57 % ne seraient pas allocataires de l'ASH.

Ces chiffres appellent deux remarques. Premièrement, ils montrent que, en l'état actuel, même si l'existence d'une tarification administrée par les pouvoirs publics est intrinsèquement liée à la politique de financement par l'aide sociale, son effet dépasse largement la seule population des bénéficiaires de l'ASH : plus de la moitié des personnes qui bénéficient d'un tarif « hébergement » fixé par les Conseils départementaux ne recourent pas à un financement public via l'ASH. Deuxièmement, et c'est une conséquence directe, la mise en oeuvre de la loi "Bien Vieillir" à partir de 2025 devrait toucher une population importante : en déconnectant plus largement la tarification de l'habilitation, elle pourrait conduire à une augmentation significative du nombre de résidents s'acquittant d'un tarif semi-administré, plus élevé que le tarif administré appliqué aux résidents bénéficiaires de l'ASH. La manière dont l'accessibilité financière aux Ehpad évoluera dépendra donc en grande partie de l'encadrement par les pouvoirs publics des tarifs différenciés.

Bibliographie

- [1] ANAP. Établissements habilités à l'aide sociale - tout savoir sur le tarif différencié. 2023.
- [2] Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Etudes et Résultats, N°1237, 2022.
- [3] Stéphanie Boneschi and Albane Miron de l'Espinay. Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? - l'apport du modèle autonomix – résultats 2019. Les dossiers de la DREES, 99, 2022.
- [4] Bernard Bonne and Michèle Meunier. Diminuer le reste à charge des personnes âgées dépendantes : c'est possible ! Rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 2019.
- [5] Drees. L'aide et l'action sociales en France - Edition 2022. 2022.
- [6] Equipe Equidec. Un indicateur de mesure de l'accessibilité géographique et financière aux ehpad : application. Note Equidec n°4, 2024.
- [7] Roméo Fontaine and Bertrand Fragonard. La variété des applications du principe du subsidiarité. Revue de droit sanitaire et social, 2, 2021.
- [8] Roméo Fontaine, Agnès Gramain, and Jérôme Wittwer. Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ? Working Papers of BETA, 2020-32, 2020.

²³ Cela revient, dit autrement, à considérer un taux d'occupation par des allocataires de l'ASH des places habilitées identiques dans les 6 types d'établissements.

- [9] M. Fourcade and F-M. Robineau. Habilitation à l'aide sociale et aide sociale à l'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad). Technical report, Inspection générale des affaires sociales, 2019.
- [10] HCFEA. L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en oeuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement. Rapport du Conseil de l'âge adopté le 9 juillet 2020, 2020.
- [11] C. Pirès-Beaune. Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge. Rapport à la Première Ministre, 2023.

CHAPITRE 3. UN INDICATEUR DE MESURE DE L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE ET FINANCIERE AUX EHPAD²⁴

Dans le cadre de la recherche, l'équipe a choisi de développer **une famille originale d'indicateurs**, s'inscrivant dans une approche ressourciste classiquement utilisée par le régulateur français dans les champs sanitaires et médico-sociale : comme pour le taux d'équipement ou l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), il s'agit de mesurer le possible de consommation garanti via la quantité d'offre mise à disposition, et non la consommation effective de la personne (cf. Chapitre 1).

Pour coller aux caractéristiques distinctives du secteur (cf. Chapitre 2 de ce rapport) on cherche à **quantifier l'offre de services disponible et accessible en fonction du lieu de résidence et du revenu des personnes**. Il s'agit donc de mesurer les capacités installées accessibles à partir de deux informations :

- leur localisation et donc leur proximité au lieu de résidence des personnes, pour tenir compte de **l'accessibilité géographique**
- leur prix facturé, comparé au revenu disponible des personnes, pour tenir compte de **l'accessibilité financière**.

Enfin, la famille d'indicateurs développés par l'équipe intègre une règle de répartition des capacités accessibles qui reflète leur disponibilité potentielle pour la consommation. En effet, si les services considérés sont privatifs, i.e. si la consommation par l'un exclut tout autre, alors les services accessibles ne sont pas nécessairement disponibles, dès lors que les capacités auxquelles une personne a les moyens d'accéder sont aussi accessibles pour d'autres personnes. Il s'opère une sorte de concurrence des demandeurs potentiels devant l'offre, concurrence qui peut être régulée par des règles de priorité, professionnelles ou politiques.

Ce chapitre présente les données et les choix méthodologiques retenus (1) et la méthode de construction de cet d'indicateur d'accessibilité géographique et financières aux Ehpad (AGFE) (2).

1. Données et mesures

Au coeur de l'indicateur d'AGFE se trouve la mise en relation géographique de places d'Ehpad et de personnes âgées. Le calcul de l'accessibilité géographique et financière suppose de disposer d'un nombre important de données, dont certaines sont aujourd'hui indisponibles en France. Aussi le passage de la définition théorique d'une accessibilité géographique et financière aux Ehpad à son calcul empirique oblige-t-il, comme nous le verrons, à certaines adaptations.

²⁴ Ce chapitre s'appuie très largement sur la Note Equidec N°3, » Accès géographique et financier aux Ehpad : présentation théorique d'un indicateur de mesure », rédigée par Carole Bonnet (Ined), Amélie Carrère (IPPS), Roméo Fontaine (Ined), Agnès Gramain (BETA, CESAER), Jérôme Wittwer (BPH), ainsi que sur Document de Travail du BETA n° 2024 – 09, « Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation », rédigé par l'Equipe Equidec.

1.1 Données

Pour caractériser les personnes âgées de 75 ans ou plus, nous utilisons les **données FIDELI** (données fiscales) de 2019²⁵. Données administratives et exhaustives, elles renseignent sur la localisation des individus et sur les revenus qu'ils déclarent aux impôts (revenus et prestations sociales individualisables et au niveau logement). Nous mobilisons deux tables :

- La table « revenus des individus » : une ligne pour chaque individu²⁶ 11(n=72 114 563).
- La table « revenus du ménage » : une ligne par logement. Elle apporte des informations complémentaires sur les revenus et allocations non individualisables pour les ménages assujettis à la taxe d'habitation. Ces informations ne sont ainsi pas disponibles pour une majorité de résidents en Ehpad, soit parce qu'ils ne sont pas assujettis à la taxe d'habitation, soit parce que celle-ci est à la charge du gestionnaire de l'établissement²⁷.

Nous sélectionnons les personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en France hexagonale qui déclarent des revenus en 2019, soit 6 479 393 personnes.

Pour caractériser les Ehpads, nous utilisons l'enquête « **Établissement d'hébergement pour personnes âgées** » (**EHPA**) de 2019 de la DREES. Cette enquête permet identifier la proximité géographique des Ehpads ainsi que leur coût. Elle est complétée le cas échéant par les données de la CNSA sur les prix des Ehpads de 2019²⁸. Le champ total de l'enquête EHPA couvre les 10 901 établissements de France entière et renseigne entre autre, pour chaque établissement, sur le lieu d'implantation, le type d'établissement (Ehpad, EHPA non Ehpad, unité de soins de longue durée -USLD-, résidence-autonomie, centre d'accueil de jour), le statut juridique (privé à but lucratif, privé associatif ou public), le nombre de places selon le type d'hébergement (permanent, temporaire, accueil de jour, accueil de nuit), le type d'habilitation à l'aide sociale (aucune, partielle ou totale), la présence d'un conventionnement à l'aide sociale (pour les Ehpads totalement habilités), le nombre de places habilitées, le nombre de places conventionnées, et les tarifs (« hébergement » et « dépendance »).

Parmi les 7 483 Ehpads²⁹ du territoire national, 4 703 ont répondu à l'enquête EHPA 2019 (Balavoine and Martial, 2022). Comme l'indicateur AGFE exploite la localisation de chaque Ehpad et sa proximité au lieu de résidence des personnes, il est nécessaire d'imputer les données manquantes pour rester sur le champ total des Ehpads³⁰. Pour ce faire, nous utilisons les informations suivantes de la base de données exhaustive sur les Ehpads répondants et non répondants : statut juridique, capacité d'accueil, ancienneté, département³¹. Enfin, faute de

²⁵ On nomme « Fideli n » les données portant sur les revenus de l'année n – 1. Il s'agit ici des revenus des personnes en 2018

²⁶ Pour les individus décédés en cours d'année, qui sont présents dans la base, il a été décidé de les considérer comme décédés le 30/06 et de doubler les revenus annuels déclarés.

²⁷ L'inclusion dans le champ de FIDELI des personnes vivant en Ehpads se fait ainsi dans la majorité des cas par la déclaration d'imposition sur le revenu.

²⁸ . n = 6 751 Ehpads, dont 78 Ehpads qui ne sont pas présents dans la base EHPA.

²⁹ On exclut donc les EHPA non Ehpads, les USLD, les résidences-autonomies et les centres d'accueil de jour.

³⁰ La DREES au contraire calcule des pondérations pour avoir des estimations au niveau national

³¹ Pour plus de détail sur les caractéristiques des Ehpads répondants et non répondants, se reporter à l'annexe A du Document de Travail du BETA n° 2024 – 09, « Accès géographique et financier aux Ehpads : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation », rédigé par l'Equipe Equidec.

pouvoir calculer des distances entre communes dans les départements d'outre-mer, l'analyse est restreinte à la France hexagonale, soit 7 310 Ehpads.

1.2 Mesures

Localisation

La localisation des personnes comme celle des établissements est faite au niveau de la commune, et les distances mesurées sont les distances entre centres géométriques de communes de résidence et d'implantation des Ehpads.

Coût de l'Ehpad

Etant donné les règles de financement des Ehpads, le coût de la prise en charge pour un résident est calculé en sommant le tarif « hébergement » et le tarif « dépendance » appliqué aux personnes non éligibles à l'APA (GIR 5-6), aussi appelé le talon³².

Le dispositif institutionnel conduit à distinguer deux types de tarif « hébergement », qui peuvent coexister pour une même place : le coût d'une place au prix libre dans l'Ehpad j , noté p_j , et le coût d'une place au prix administré dans l'Ehpad j , noté \hat{p}_j

Ressources des personnes âgées

Pour construire le revenu disponible pour financer une prise en charge en Ehpad, nous prenons en compte les revenus individualisables de la personne (somme des salaires, allocations chômage, pensions de retraite, bénéfices agricoles, bénéfices industriels, commerciaux et non commerciaux), les revenus du conjoint éventuel (même définition) et les allocations au niveau logement (hors allocation logement puisque si la personne résidait en Ehpad elle ne bénéficierait plus de cette allocation)³³. En présence d'un conjoint ce revenu est divisé par deux.

Ce choix, en partie dicté par la nature des informations disponibles, a son importance pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'accessibilité est calculée sur la base du seul revenu courant, c'est-à-dire sans intégrer ni le patrimoine disponible (qu'il faudrait convertir en fonction d'une durée de séjour anticipée difficile à fixer a priori) ni les ressources de l'entourage familial qui peut prendre à sa charge une partie de la facture (aucune enquête d'envergure ne permet de disposer d'information sur les revenus de ménages apparentés). Ensuite, dans le cas des personnes mariées, nous faisons implicitement l'hypothèse que la moitié du revenu du couple est conservé pour celui qui continue de vivre à domicile, ce qui ne correspond probablement pas aux comportements réels, certainement variables d'un couple à l'autre.

³² Ce talon est systématiquement à la charge des résidents, quel que soit leur GIR. Les résidents ayant des revenus supérieurs à 2 635,54 euros par mois (en 2023) ont théoriquement un reste à charge supplémentaire, mais celui-ci est rarement appliqué et ne concerne que peu de résidents.

³³ Minima sociaux (revenu de solidarité active RSA, prime d'activité, prime exceptionnelle de fin d'année,

Le revenu disponible ainsi construit (noté R_i) a deux fonctions différentes dans le calcul de l'indicateur d'AGFE. Il sert tout d'abord à déterminer, pour une place d'hébergement donnée, si elle est financièrement accessible sans aide, i.e. si son revenu est supérieur au prix facturé. Il sert ensuite, dans le cas des places habilitées à l'aide sociale, à déterminer si une personne est éligible à l'ASH, i.e. si son revenu est inférieur au tarif administré. Dans la réalité, les conseils départementaux peuvent considérer une base de ressource légèrement différente, notamment pour les personnes mariées³⁴ et pour celles qui ont des obligations alimentaires. Avec les données dont nous disposons, il n'est pour l'instant pas possible de calculer un deuxième revenu pour la procédure d'ASH, mais il est noté R_i^{ASH} dans la partie théorique par souci de précision.

2. Méthode de calcul de l'indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad (AGFE)

Nous proposons une mesure de l'accessibilité aux Ehpad qui prend en compte, pour chaque individu en fonction de son revenu et de sa localisation ; à la fois l'aspect financier (capacités à payer l'Ehpad soit grâce à son revenu courant soit grâce à l'AHS), l'aspect géographique (proximité de l'Ehpad par rapport au logement ordinaire) et la disponibilité (nombre d'autres personnes pouvant prétendre financièrement et géographiquement à occuper les places).

2.1 Prise en compte de la géographie

Plusieurs méthodes ont été proposées dans la littérature pour mesurer l'accessibilité géographique à l'offre de soins. Elles sont présentées dans Carrère et al. (2021). Nous choisissons la méthode *Kernel density two-step floating catchment area* (KD2SFCA) qui permet de calculer des accessibilités en mettant en regard l'offre et la demande potentielle à proximité sur des zones flottantes. Cette méthode intègre une pondération qui varie de manière continue en fonction de la distance en voiture, mesurée en minutes, entre le lieu de résidence des personnes et l'implantation des places (Cheng et al., 2012). L'utilisation d'une telle pondération traduit l'hypothèse selon laquelle l'accessibilité n'est pas homogène dans la zone d'achalandage délimitée (ici les communes dont le centre est à moins de 60 minutes) et qu'elle diminue progressivement lorsque la distance en temps, de commune à commune, augmente (Ma et al., 2018). Le choix de la fonction de distance est délicat, d'autant plus qu'elle est nécessairement calculée à partir du lieu de résidence des personnes susceptibles d'entrer en Ehpad alors qu'elle constraint aussi leurs aidants confrontés à des déplacements répétés. Les résultats présentés ici reposent sur une fonction de pondération estimée à partir de l'enquête EHPA 2015 en considérant la distance effectivement observée entre l'établissement d'accueil des résidents et leur ancien logement. L'hypothèse sous-jacente est que ces données observées sur les personnes résidant effectivement en Ehpad sont représentatives des distances que les personnes âgées sont « prêtes à parcourir » pour leur entrée en établissement, et donc pertinentes pour le calcul d'un indicateur d'accessibilité. Une telle hypothèse est d'autant plus discutable que les personnes âgées sont confrontées, dans certaines zones, à des restrictions d'accès. D'autres fonctions de distance peuvent être utilisées pour apprécier la sensibilité des résultats à ce choix.

³⁴ Certaines commissions d'aide sociale départementale calculent par exemple les ressources disponibles en ne laissant que le minimum vieillesse au conjoint qui reste à domicile.

2.2. Principe des étapes de calcul de l'indicateur

On note i les **individus** de 75 ans ou plus concernés par le recours potentiel à un Ehpad, $i = 1, \dots, I$. Les individus sont caractérisés par leur commune de résidence, notée $c(i)$, par leur revenu mobilisable pour financer l'hébergement en Ehpad, noté R_i , et par le revenu défini pour ouvrir ou non leur droit à l'ASH, noté R_i^{ASH} .

On note j les **Ehpad** $j = 1, \dots, J$. Chaque Ehpad est caractérisé par sa commune d'implantation $c(j)$, son type d'habilitation (pas d'habilitation, habilitation partielle faible, habilitation partielle forte, habilitation totale avec convention, habilitation totale sans convention), son nombre de places en hébergement permanent habilitées à l'aide sociale n_j^{HAS} , son nombre de places en hébergement permanent non habilitées à l'aide sociale n_j^{NH} , ses prix facturés (noté \hat{p}_j pour le prix administré et p_j pour le prix libre).

Le calcul de l'indicateur se fait en trois temps :

1. **Pour chaque Ehpad j , on calcule la demande potentielle (maximale) pour une place, en fonction du type de place** (habilitée à l'aide sociale ou non habilitée), notée respectivement D_j^{HAS} et D_j^{NH} . Cette demande potentielle correspond au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus qui peuvent financer leur séjour dans l'Ehpad j (soit grâce à leurs ressources propres, soit grâce à l'ASH selon le type de place) pondérées par la fonction de durée décroissante entre la commune de l'Ehpad ($c(j)$) et celle des dits individus ($c(i')$) notée $f(d_{c(i')c(j)})$.
2. **Ensuite, pour chaque Ehpad j , et pour chaque type de place dans cet Ehpad (habilitée à l'aide sociale et non habilitée), on calcule l'offre disponible qu'elles représentent pour un individu**, étant donné le nombre de personnes qui sont en concurrence pour l'occupation des places. Cette offre disponible s'exprime sous la forme d'un **nombre de tantièmes de place disponibles par type de place**, noté respectivement τ_j^{HAS} et τ_j^{NH} . Ce nombre s'interprète comme le nombre de places (ou de portions de places) auquel un individu peut prétendre dans l'établissement j s'il fait partie de la demande potentielle de l'établissement et si chacune des places auxquelles il a accès est attribuée de manière uniforme entre tous les demandeurs potentiels. Ce nombre de tantième se calcule en divisant le nombre de places en hébergement permanent dans l'Ehpad (n_j^{HAS} ou n_j^{NH}) par la demande potentielle correspondante (D_j^{HAS} ou D_j^{NH}).
3. **Enfin, pour chaque individu i , on calcule l'indicateur d'AGFE par type de place**, noté respectivement A_i^{HAS} et A_i^{NH} . Il correspond à la **somme des tantièmes de places disponibles** (τ_j^{HAS} et τ_j^{NH}) que la personne i peut payer (grâce à son revenu courant ou à l'ASH pour les places habilitées, grâce à son seul revenu courant pour les places non habilitées) pondérées par la fonction de durée décroissante entre la commune de l'Ehpad ($c(j)$) et de l'individu ($c(i)$). L'indicateur global d'AGFE de l'individu i noté A_i correspond à la somme de A_i^{HAS} et A_i^{NH} .

Un exemple simplifié permettra d'illustrer la logique de l'indicateur. Considérons un établissement de 80 places, habilité à l'aide sociale à 75 % (pouvant donc accueillir 60

résidents bénéficiaires de l'aide sociale au maximum), implanté dans une commune qui dessert, à moins de 60 minutes, 2 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Si l'on néglige l'effet de la distance pour simplifier, chacune des 60 places habilitées à l'ASH dans cet établissement a une demande potentielle de 2 000 personnes, puisque toute personne, quel que soit son revenu, peut y financer une prise en charge (soit via l'ASH soit par ses ressources propres). En tenant compte de la concurrence qui s'exerce pour occuper réellement ces places, avoir accès géographiquement et financièrement à l'une de ces places ne garantit pas une place disponible, puisqu'une seule des 2 000 personnes peut être accueillie sur chacune de ces 60 places. Si l'établissement n'a pas de politique de priorisation ou de sélection particulière, autrement dit si l'accessibilité aux places est distribuée de manière homogène parmi tous les demandeurs potentiels, chaque place habilitée à l'aide sociale fournit en fait une offre disponible de 1/2000ème de place par personne et l'Ehpad dans son ensemble fournit une offre disponible en places habilitées de 60/2000èmes de places disponibles par personne. Les 20 autres places ne sont accessibles que pour les personnes assez aisées pour les financer sur leurs ressources propres, disons 500 personnes. En termes d'offre disponible, chacune de ces 20 places fournit une offre disponible de 1/500ème de place par demandeur potentiel et l'Ehpad dans son ensemble fournit donc une offre disponible en places non habilitées de 20/500èmes de places par personne. Ainsi, les individus qui ont besoin de l'aide sociale pour financer leur prise en charge dans cet Ehpad ont donc accès géographiquement et financièrement à 60 places réparties entre 2 000 personnes : leur accessibilité géographique et financière aux Ehpad est de 60/2000èmes de places habilitées (+0/500èmes de places non habilitées). Pour ceux qui peuvent financer leurs frais de séjour sur leurs propres deniers, l'AGFE est nettement plus élevée : 60/2000èmes de places habilitées + 20/500èmes de places non habilitées, soit 140/2000èmes de places disponibles. Ces personnes ont accès à 20 places de plus, mais ces places sont en outre partagées entre moins de personnes (500 au lieu de 2 000).

2.3 Les règles de facturation et la barrière financière

Comme les distances, les règles de facturation jouent un double rôle dans le calcul de l'indicateur. Elles permettent d'estimer la demande potentielle pour une place donnée (étape 1 du calcul ; voir dernière colonne du tableau 1), c'est à dire le nombre de personnes susceptibles de financer cette place. Mais, en retour, elles interviennent aussi lorsque, pour un individu donné, on recense l'ensemble de l'offre à laquelle il a accès (étape 3 du calcul). D'après les règles décrites par l'IGAS (IGAS, 2018), le tarif facturé dépend à la fois du statut de la place (habilitée à l'aide sociale ou non), du type d'habilitation de l'Ehpad (pas d'habilitation, habilitation partielle faible, partielle forte, totale avec convention, totale sans convention) et du statut du résident (bénéficiaire ou non de l'ASH) (voir table 1).

Tableau 1: Règles de facturation Ehpad selon l'IGAS (2018)

Type d'habilitation	Statut de la place	Prix pratiqué	Nombre de places	Règle pour définir la demande
Aucune	non HAS	p_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$
Partielle faible	non HAS	p_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$
	HAS	p_j si non bénéficiaire de l'ASH \hat{p}_j si bénéficiaire de l'ASH	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$ + $\sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
Partielle forte	non HAS	\hat{p}_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$
	HAS	$\hat{p}_j \quad \forall i$	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$ + $\sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
Totale avec convention	HAS	p_j si non bénéficiaire de l'ASH \hat{p}_j si bénéficiaire de l'ASH	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$ + $\sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
Totale sans convention	HAS	$\hat{p}_j \quad \forall i$	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$ + $\sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$

Lecture : La demande pour les places habilitées à l'aide sociale (HAS) D_j^{HAS} dans un Ehpad j en habilitation partielle faible correspond à la somme, pondérée par la fonction de durée décroissante, (1) des individus ayant des ressources suffisantes pour payer la place au prix libre ($R_i \geq p_j$) qui accèdent sans ASH et (2) des individus ayant des ressources « ASH » inférieures au tarif administré ($R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j$) qui accèdent grâce à l'ASH.

Source : IGAS (2018) concernant les règles pour définir la demande.

Un point crucial tient au régime de l'habilitation à l'aide sociale. Elle autorise les établissements à accueillir des personnes qui ne peuvent financer leur séjour qu'avec l'aide du département, mais ne leur réserve pas un quota de places : sur les places habilitées, les personnes qui ne peuvent financer leur prise en charge qu'avec l'aide de l'ASH se trouvent en concurrence avec celles qui ont les ressources propres nécessaires. Avec les règles de facturation décrites par l'IGAS, l'indicateur d'accès géographique et financier aux Ehpad s'écrit donc comme suit.

$$\begin{aligned}
 A_i^{HAS} &= \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{HAS} [(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \\
 &\quad + (\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}} + (\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Totale convention}} \\
 &\quad + (\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}) \mathbb{1}_{j=\text{Totale sans convention}}] \quad (1)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 A_i^{NH} &= \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{NH} (\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Sans habilitation}} + \mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \\
 &\quad + \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}}) \quad (2)
 \end{aligned}$$

$$A_i = A_i^{HAS} + A_i^{NH} \quad (3)$$

Pour un individu de revenu R_i , on retient dans A_i^{NH} les tantièmes de lits non habilités dont le prix facturé p_j est inférieur au revenu R_i . On retient dans A_i^{HAS} les tantièmes de lits habilités dont le tarif administré est supérieur au revenu R_i^{ASH} (accès via l'ASH) ou dont le prix libre est inférieur au revenu R_i (accès sur ressources propres). Dans la mise en pratique, comme nous ne pouvons distinguer R_i et R_i^{ASH} , un individu a accès à tous les tantièmes de lits habilités situés dans des Ehpad à habilitation partielle forte ou à habilitation totale sans convention : son revenu est nécessairement soit inférieur à \hat{p}_j et il accède alors via l'ASH, soit supérieur à \hat{p}_j et il accède alors sur ses ressources propres.

3. Les limites et perspectives

L'indicateur d'accessibilité aux Ehpad intégrant les contraintes géographiques et financières présente des limites de plusieurs types

Premièrement, il repose sur des hypothèses techniques et des approximations dont il convient d'étudier les conséquences pour proposer des pistes d'amélioration. On pense tout d'abord au calcul des revenus, qui pourrait intégrer les aides au logement en Ehpad et reposer sur d'autres partages des revenus du couple pour les personnes mariées. On pense aussi à la fonction de distance utilisée qui suppose que les distances actuelles à l'entrée en Ehpad reflètent des distances souhaitables, alors même que nous documentons l'existence de barrières financières.

Ensuite, les résultats présentés concernent l'accessibilité de la population de 75 ans et plus, mais l'indicateur peut se décliner pour d'autres populations. Une extension logique serait notamment de focaliser l'analyse sur les personnes en perte d'autonomie, pour être en mesure de documenter l'effet de la prévention de la dépendance, et donc de la réduction de la taille de la population cible, sur l'accessibilité aux Ehpad.

Enfin, approfondir les comparaisons entre départements nous incite à développer une future version de l'indicateur qui puisse intégrer des particularités des pratiques départementales qui sont pour l'instant négligées. La première concerne les règles spécifiques de calcul du revenu disponible dans les procédures de demande d'ASH. Ce point apparaît dans l'écriture théorique de l'indicateur, mais ne peut être intégré empiriquement dans les calculs, faute de disposer d'informations précises sur les pratiques des commissions d'aide sociale. Une deuxième voie d'approfondissement concerne les comportements de sélection des demandes et de priorisation des publics. Les travaux de terrain laissent penser que les directeurs d'Ehpad ont, dans certains cas, des pratiques de sélection des demandes selon le statut vis-à-vis de l'ASH (le tarif payé par les bénéficiaires de l'ASH étant inférieur au prix payé par les non-bénéficiaires). On peut s'attendre à ce que le développement des doubles tarifications dans les Ehpad totalement habilités renforce le risque de telles pratiques, voire conduise les départements à mettre en place des règles de priorisation pour les contrer (imposant par exemple d'accueillir en priorité des bénéficiaires de l'ASH sur les places habilitées). La prise en compte de tels comportements, potentiellement différents d'un département à l'autre, complexifie sérieusement non pas tant l'indicateur en lui-même que son calcul : pour une place donnée, le nombre de tantièmes qu'elle apporte à un individu donné se met à dépendre du statut prioritaire ou non de cet individu et des autres personnes faisant partie de la demande potentielle.

Bibliographie

Balavoine, A. and Martial, E. (2022), 'L'enquête EHPA 2019 - les différentes phases de l'enquête.', Drees Méthodes 6

Carrère, A., Couvert, N. and Missegue, N. (2021), 'Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées', Les Dossiers de la DREES 88.

Cheng, G., Zeng, X., Duan, L., Lu, X., Sun, H., Jiang, T. and Li, Y. (2012), 'Spatial difference analysis for accessibility to high level hospitals based on travel time in shenzhen, china.', Habitat International 5

IGAS (2018), 'Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les ehpad', Rapport .

Ma, L., Luo, N., Wan, T., Hu, C. and Peng, M. (2018), 'An improved healthcare accessibility measure considering the temporal dimension and population demand of different ages.', International Journal of Environmental Research and Public Health 15.

CHAPITRE 4. DIVERSITE DES CONTEXTES INSTITUTIONNELS ET MESURE DES INEGALITES EN MATIERE D'AGFE³⁵

Ce chapitre présente les résultats de la recherche relatifs aux établissements (et leurs places) d'une part et aux individus d'autre part. Les premiers concernent la distribution des places en Ehpad en fonction de leurs différentes caractéristiques (coût, statut, taille de la demande potentielle...), et permettent de décrire la structure du secteur des EPHAD. Les seconds portent sur les inégalités en matière d'AGFE, selon le revenu, et permettent d'apprécier l'impact de la dimension financière sur l'accès aux Ehpads, dimension restant mal connue jusqu'à présent.

Après avoir présenté des résultats au niveau national (1), nous présentons les résultats à l'échelle départementale (2).

1. Au niveau national

L'analyse menée au niveau national permet de mettre en évidence le caractère dichotomique du secteur des Ehpads en matière de pratique tarifaire, de souligner des différences importantes en termes de degré de concurrence selon le type de places et une accessibilité financière et géographique aux Ehpads qui reste peu sensible au revenu pour les six premiers déciles, mais augmentent rapidement au-delà.

1.1. La dichotomie du secteur des Ehpads en termes de pratique tarifaire

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des Ehpads selon le type d'habilitation. A l'échelle nationale, bien que les règles de facturation conduisent à distinguer cinq types d'Ehpads³⁶, les statistiques descriptives font apparaître un secteur essentiellement segmenté en deux composantes en termes de niveaux de prix des places.

Ainsi, on constate que les Ehpads disposant d'une convention d'aide sociale, qui représentent plus de la moitié des établissements intégralement habilités, facturent deux prix très proches en moyenne : 64,7 euros/jour pour les bénéficiaires de l'aide sociale (1 941 euros/mois), 66,1 euros/jours pour les autres résidents (1 983 euros/mois).

³⁵ Ce chapitre s'appuie très largement sur la Note Equidec N°3, » Accès géographique et financier aux Ehpads : présentation théorique d'un indicateur de mesure », rédigée par Carole Bonnet (Ined), Amélie Carrère (IPP), Roméo Fontaine (Ined), Agnès Gramain (BETA, CESAER), Jérôme Wittwer (BPH), ainsi que sur Document de Travail du BETA n° 2024 – 09, « Accès géographique et financier aux Ehpads : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation », rédigé par l'Equipe Equidec.

³⁶ Comme indiqué dans le chapitre 2, nous considérons dans nos estimations que les établissements partiellement habilités ne sont pas signataires de convention d'aide sociale, car l'information disponible dans l'enquête EHPA 2019 sur l'existence d'une convention d'aide sociale, nous paraît trop fragile pour être retenue. Cela conduit à ce que, *in fine*, nous identifions empiriquement cinq et non six catégories d'établissements.

Tableau 1 : Statistiques descriptives des Ehpad

	Sans habilitation	Habilitation partielle	Habilitation totale		Ensemble
		Faible	Forte	Pas conv	
Total					
Nombre d'Ehpad	1 259	1 099	238	2 201	2 513
en %	17,2	15,0	3,3	30,1	34,4
Nombre de places en hébergement perm.	88 485	82 794	19 076	183 354	211 855
en %	15,1	14,1	3,3	31,3	36,2
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	18 774	14 487	183 354	211 855
en %	0,0	4,4	3,4	42,8	49,4
% de places habilitées à l'aide sociale	0,0	22,7	75,9	100,0	73,2
Moyennes par Ehpad en pondérant par le nombre de places en hébergement permanent*					
Coût d'une place au tarif habilité par jour	-	65,3	65,0	63,7	64,7
Coût d'une place au tarif libre par jour	88,8	85,8	-	-	76,4
Nombre de places	70	75	80	83	84
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	17	61	83	84
Demandes potentielles par place					
Place habilitée à l'aide sociale	-	47 859	30 569	24 329	31 959
Place non habilitée à l'aide sociale	10 149	12 668	10 732	-	-
Tout type de place	10 149	20 647	25 795	24 329	31 959
					24 474

* : Pour le coût des places, nous utilisons comme pondération le nombre de places relatif à ce prix (i.e. nous ne considérons que le nombre de places non-habilitées à l'aide sociale pour calculer le coût moyen au tarif libre).

Lecture : On compte 1 259 Ehpad sans habilitation (17,2 % des Ehpad de France hexagonale). Ces Ehpad offrent 88 485 places en hébergement permanent au total (15,1 % des places en France hexagonale), soit en moyenne 70 places par Ehpad. Dans les Ehpad sans habilitation, le coût moyen d'une place (en tarif libre) est de 88,8 e par jour. Chacune de ces places est accessible géographiquement et financièrement à 10 149 personnes en moyenne (demandes potentielles).

Champ : Ehpad en France hexagonale (valeurs manquantes imputées).

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019

On note ensuite que les établissements dont la capacité d'accueil est partiellement habilitée pour l'accueil de bénéficiaires de l'aide sociale ne semblent pas présenter un profil spécifique et homogène. Ceux qui ont plus de 50% de leur capacité habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont très peu nombreux (3% des établissements) et leur tarif administré, qu'ils doivent facturer à tout résident, est très similaire à celui des établissements intégralement habilités (65 euros/jour contre 64,7). En revanche, ceux qui ont moins de la moitié de leur capacité habilitée, qui représentent 15% des établissements, ne rassemblent en fait que 4,4% des places habilitées à l'aide sociale et pèsent donc a priori très peu pour l'efficacité de ce dispositif de solvabilisation. Ceux-ci facturent en outre aux autres résidents, un prix comparable en moyenne à celui des établissements qui se trouvent en dehors de toute politique d'habilitation (85,8 euros/jours pour les premiers, contre 88,8 euros/jours dans les seconds, soit de 2 574 à 2 664 euros par mois).

Si on considère ensemble les Ehpad sans habilitation et les Ehpad faiblement habilités, 97,5% des places qui y sont installées (soit 28,5% du total des places), ne sont accessibles qu'à une minorité de personnes sauf à faire appel à son entourage ou son patrimoine. A titre de référence, seuls 20 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont un revenu supérieur à 80 € par jour (tableau 2).

Tableau 2 : Déciles de niveaux de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	Moyenne
Revenu annuel	11 591	13 771	15 512	17 251	19 244	21 623	24 673	29 198	37 496	23 391
Revenu par jour	31,8	37,7	42,5	47,3	52,7	59,2	67,6	80,0	102,7	64,1

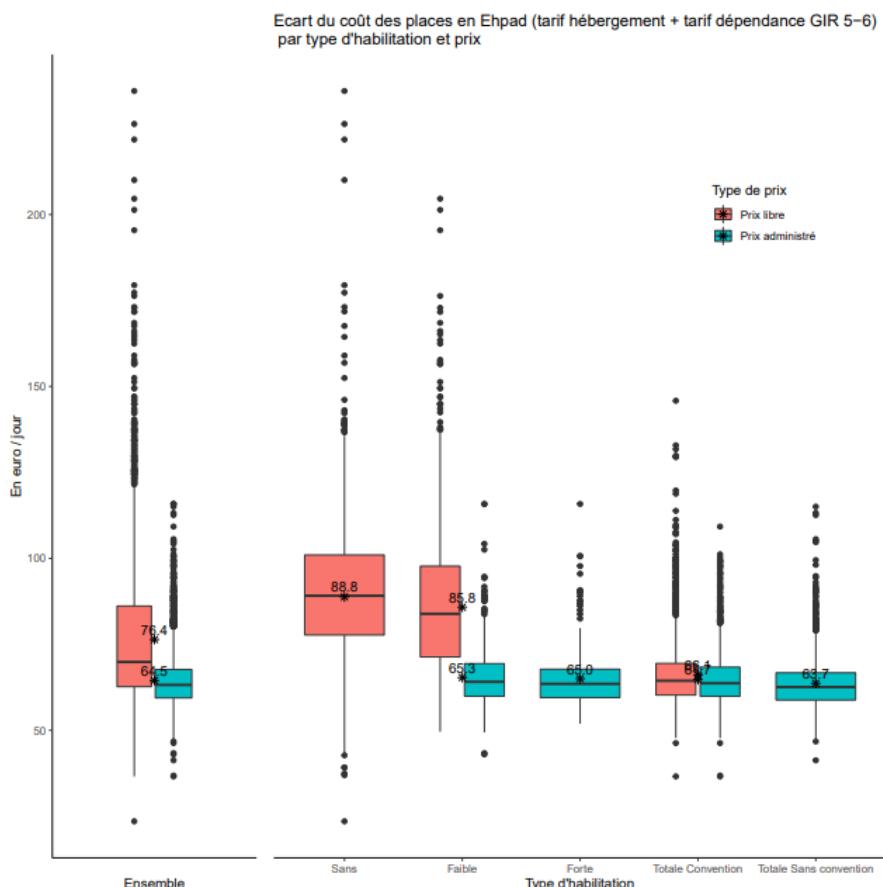
Lecture : En France hexagonale, 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont un revenu moyen par unité de consommation inférieur à 11 591 € par an (966 € par mois, 32 € par jour).

Champ : Individus de 75 ans ou plus résidant en France hexagonale.

Sources : DGFiP, Insee, données FIDELI 2019

Le niveau des prix joue un rôle important dans la segmentation du secteur comme le montre la figure 1 qui présente la distribution des prix selon le type de prix (libre ou administré) et le type d'habilitation de l'Ehpad où les places correspondantes sont installées. Cette figure permet de visualiser nettement la dichotomie du secteur en intégrant la dispersion des prix, au-delà de la simple comparaison des prix moyens figurant dans le tableau 2. Il apparaît nettement que les tarifs facturés hors ASH (en rouge) sont globalement plus élevés et plus dispersés que les tarifs administrés (en bleu), sauf pour les Ehpad totalement habilités et conventionnés où les deux types de tarifs sont assez similaires. Ceci confirme que, dans ce dernier type d'établissement, le tarif que nous qualifions de « libre » parce qu'il est facturé aux personnes qui ne bénéficient pas de l'ASH est probablement assez fortement encadré malgré tout par les pouvoirs publics.

FIGURE 1 – Boxplot des tarifs selon le type d'habilitation et le type de prix.



Champ : départements de France hexagonale.
Sources : Drees, EHPA 2019.

1.2. Une demande potentielle presque trois fois plus forte pour les places habilitées à l'aide sociale

Le tableau 1 permet aussi de comparer le niveau de la demande potentielle par place, c'est-à-dire le nombre moyen de personnes ayant accès financièrement et géographiquement à une place donnée, en fonction du type de place et du type d'habilitation de l'Ehpad où elle est installée. On remarque tout d'abord que le niveau de la demande potentielle est presque trois fois plus élevé pour les places habilitées à l'aide sociale, tout type d'Ehpad confondu : les places habilitées sont accessibles, en moyenne, à 29 344 personnes par place, contre 11 192 personnes pour les places non habilitées. Plusieurs effets se combinent pour produire cette différence de demande potentielle. Elle est d'autant plus élevée que l'habilitation lève la barrière financière pour une proportion importante de la population alentour et augmente la demande potentielle des places habilitées. Mais, la différence dépend aussi des prix facturés pour les places non habilitées : plus les prix libres sont élevés, plus la barrière financière est forte, plus la part de la population alentour qui peut accéder aux places non habilitées est faible, ce qui diminue la demande potentielle des places non habilitées. Enfin, la différence d'implantation géographique entre places habilitées et non habilitées peut aussi augmenter la différence de demande potentielle par un effet de structure lié à la densité de population. Or les effets de pure densité peuvent être importants. Pour s'en convaincre, on peut comparer la demande potentielle des places habilitées à l'aide sociale selon qu'elles sont installées dans des Ehpad fortement habilités ou dans des Ehpad totalement habilités et sans convention. En effet, entre ces deux types d'Ehpad, où aucune barrière financière n'intervient, toute la différence de demande potentielle provient des seuls effets de densité géographique respectives³⁷ : chaque place est accessible à 30 569 personnes dans les Ehpad fortement habilités et à seulement 24 329 personnes dans les Ehpad totalement habilités sans convention, soit 20% de moins.

Il est intéressant de noter enfin que c'est pour les places qui bénéficient de deux tarifs de facturation que la demande potentielle est la plus forte alors même que ce dispositif exclut les personnes ayant un revenu compris entre \hat{p} et p : 47 859 personnes par place pour les places habilitées dans les Ehpad peu habilités et 31 959 personnes par place pour les places dans les Ehpad totalement habilités avec convention. Plusieurs hypothèses peuvent être émises, qui peuvent se combiner, et probablement différemment pour ces deux types d'Ehpad : (1) l'écart entre les deux tarifs est faible, (2) les personnes âgées ont des revenus tels que peu de personnes sont exclues par le prix libre et (3) ces Ehpad sont situés à proximité d'un plus grand nombre de personnes âgées que les autres types d'Ehpad habilités.

1.3. Une accessibilité financière et géographique aux Ehpad peu sensible au revenu pour les six premiers déciles et très sensible pour les déciles supérieurs

La valeur de l'indicateur d'AGFE et sa comparaison avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée simple (APL) aux Ehpad (Carrère and Monirijavid, 2023; Carrère, 2023) permettent d'apprécier l'impact de la dimension financière sur l'accès aux EHPAD³⁸. En permettant de

³⁷ Pour rappel, ces places sont toujours financièrement accessibles, soit sans ASH pour les personnes ayant les ressources propres suffisantes, soit avec l'ASH pour les autres.

³⁸ Pour que la comparaison AGFE/APL soit valide, il convient de calculer l'APL dans la même unité (nombre de tantièmes de places en hébergement permanent en Ehpad accessibles géographiquement en moins de 60

quantifier l'impact du niveau de revenu sur l'accessibilité aux Ehpad, l'AGFE calculé au niveau national permet d'apprécier l'équité verticale dans l'accès aux Ehpad.

Pour quantifier l'effet du revenu sur l'accessibilité géographique et financière, les deux indicateurs sont représentés par percentile de revenu par unité de consommation puis en revenu par unité de consommation, calculés ici à l'échelle nationale.

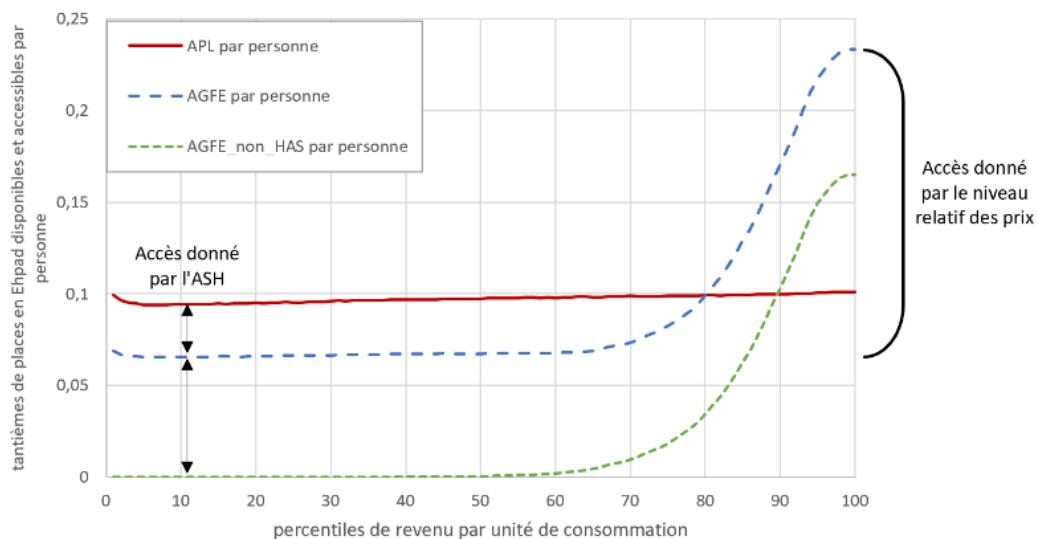
La figure 2 permet de comparer la distribution de l'indicateur AGFE en fonction du percentile de niveau de revenu (courbe bleue) avec celle de l'indicateur d'APL (courbe rouge), tous départements confondus.

En moyenne, en France hexagonale, l'APL est d'environ 0,10 places à moins de 60 minutes pour chaque personne âgée de 75 ans ou plus et n'augmente que très légèrement avec le revenu. L'APL n'intègre pas, par construction, la barrière financière, mais la répartition géographique n'étant pas homogène en fonction du revenu, il se peut que le rapport entre la capacité installée et la taille de la population locale ne soit pas homogène selon le niveau de richesses des zones géographiques. L'indicateur d'AGFE pour sa part augmente sensiblement, passant de 0,067 tantièmes de place accessibles et disponibles par personne en moyenne pour les habitants de 75 ans ou plus du 1^{er} percentile de revenu (les 1 % les plus pauvres) sur la gauche du graphique, à 0,235 places par personne en moyenne, soit environ trois et demie fois plus, pour les 1 % les plus riches, sur la droite du graphique. Raisonner sur les percentiles extrêmes ne suffit cependant pas à rendre compte de l'allure générale du graphique : en effet, l'AGFE est à peu près stable jusqu'au 70^{ème} percentile de revenu et n'augmente qu'à partir de ce niveau de revenu, rapidement, dépassant l'APL à partir du 80^{ème} percentile de revenu.

Malgré l'existence de l'aide sociale, l'accessibilité géographique et financière apparaît très sensible au revenu. Dans la grande partie gauche du graphique, l'écart entre les courbes rouge et bleue permet de visualiser, verticalement, l'étendue de l'habilitation à l'aide sociale. En effet si toutes les places étaient habilitées à l'aide sociale, l'AGFE et l'APL seraient identiques puisqu'il n'y aurait aucune autre barrière que géographique et les deux courbes seraient confondues. L'effet de l'implantation géographique étant négligeable, le différentiel d'accessibilité provient essentiellement des places non habilitées à l'aide sociale (dans les Ehpad peu ou pas habilités) : l'accessibilité géographique et financière aux places non habilitées (courbe verte AGFE_non_HAS) est à peu près nulle pour les personnes des 60 premiers percentiles. Autrement dit, pour les 60% de personnes âgées les moins aisées, l'accès aux Ehpad repose entièrement sur la politique d'ASH et la courbe d'AGFE représente uniquement l'accessibilité via l'ASH. Les places non habilitées opèrent un système de réserve de places pour le quart le plus riche de la population. Ce système de réserve augmente l'accessibilité des plus aisés via deux effets. Tout d'abord un effet « volume » (ou numérateur) : les personnes les plus aisées peuvent financer leur prise en charge dans un plus grand nombre de places. Ensuite, un effet « disponibilité » (ou dénominateur) : les places les plus chères ont, parce qu'elles sont chères, une demande potentielle faible ; partagée entre moins de monde, chacune de ces places apporte donc à ceux qui peuvent les financer un nombre plus important de tantièmes de lits disponibles

minutes par la route par personne âgée de 75 ans et plus). Et avec la même fonction de pondération de la distance. L'indicateur d'APL diffusé jusqu'à présent est calculé en nombre de professionnelles (ETP) ; une nouvelle version de l'APL, exprimée en tantième de places, a donc été calculée spécifiquement dans le cadre de cette recherche.

Figure 2 : Effet du revenu relatif sur le nombre de tantième de lits accessibles (France hexagonale)



Lecture : Les 1 % les plus pauvres ont accès géographiquement et financièrement à 0,07 tantièmes de places en Ehpad en moyenne (courbe bleue), alors que sans critère financier ces mêmes individus auraient accès à 0,1 tantième de place (courbe rouge). Les personnes qui se situent dans le 90ème percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,17 tantième lits par personne dont 0,10 correspondent à des places non habilitées à l'aide sociale (courbe verte).

Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France hexagonale.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

Le tableau 3 synthétise le graphique en décile de revenu. Chaque personne du 1er décile a accès géographiquement à 0,0949 place disponible en Ehpad en moyenne. Avec le critère financier, l'accessibilité tombe à 0,0660 places disponibles pour chaque personne de ce percentile. Cette perte d'accessibilité profite essentiellement aux personnes des deux derniers déciles de revenus qui ont accès géographiquement et financièrement à 0,1343 et 0,2146 places d'Ehpad par personne.

Tableau 3 : Comparaison des distributions de l'APL avec l'AGFE selon les déciles de revenu des personnes âgées de 75 ans ou plus

	Min-D1	D1-D2	D2-D3	D3-D4	D4-D5	D5-D6	D6-D7	D7-D8	D8-D9	D9-Max
APL par pers.	0,0949	0,0946	0,0954	0,0965	0,0972	0,0978	0,0984	0,0989	0,0996	0,1006
AGFE par pers.	0,0660	0,0658	0,0663	0,0669	0,0673	0,0676	0,0700	0,0850	0,1343	0,2146
dt AGFE non HAS	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0003	0,0012	0,0055	0,0208	0,0681	0,1465

Lecture : Les personnes appartenant au 1er décile de revenu ont accès géographiquement à 0,0949 tantièmes de place par personne en moyenne. En ajoutant le critère financier, elles n'ont plus accès qu'à 0,0660 tantièmes de place par personne. Ces places sont principalement des places habilitées à l'aide sociale.

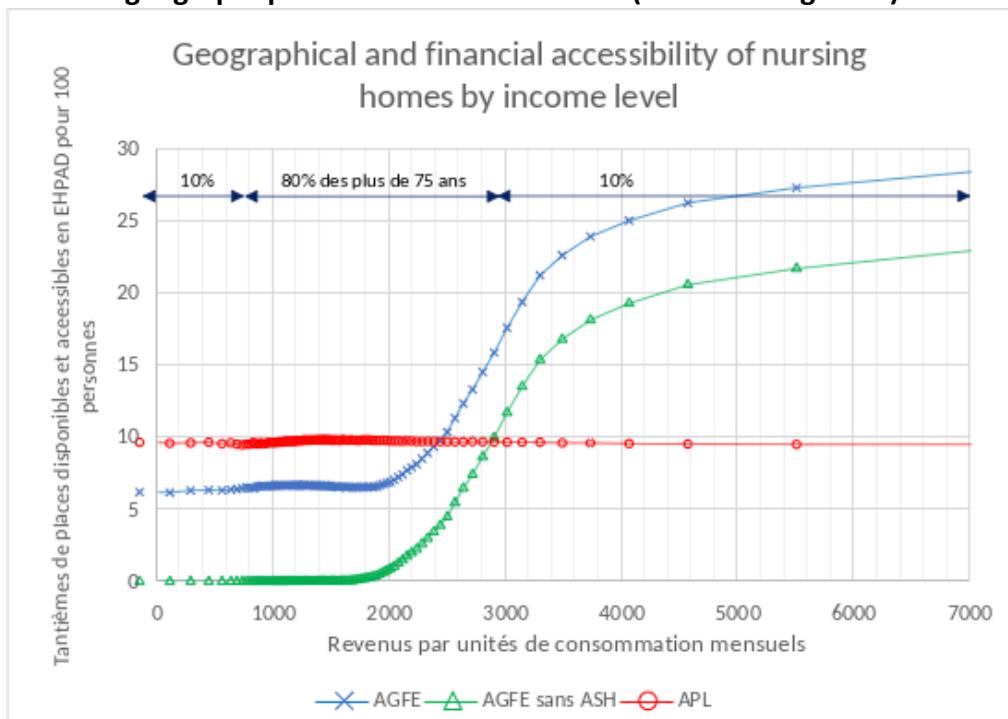
Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France hexagonale.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

La figure 3 propose la même comparaison que celle de la figure 2 mais en classant les individus en fonction de leur percentile de revenu. On observe que, en moyenne, l'APL est d'environ 0,10 places à moins de 60 minutes pour chaque personne âgée de 75 ans et plus ; la valeur de

cet indicateur augmentant de manière très marginale pour les niveaux de vie compris entre 1 000 et 2 000€ mensuel. Là encore, alors que l'APL est particulièrement peu sensible au revenu, celui de l'AGFE augmente sensiblement avec celui-ci, passant de 0,067 places accessibles et disponibles par personne en moyenne pour les individus de 75 ans ou plus dont le niveau de vie est inférieur à 2 000€ (soit 75% de la population de cette tranche d'âge) à plus de 0,25 places par personne pour les individus ayant un niveau de vie supérieur à 4000€ (soit 3% de la population de cette tranche d'âge). En outre, comme le met nettement en évidence le graphique, la valeur de l'indicateur de l'AGFE est relativement stable jusqu'à 2 000 € mais croît rapidement au-delà, dépassant l'APL pour les individus ayant un niveau de vie supérieur à 2 500€ (soit environ 15% de la population de cette tranche d'âge).

Figure 3: Effet du revenu absolu sur le nombre de tantième de lits accessibles géographiquement et financièrement (France hexagonale)



Lecture : Les individus ayant moins un niveau de vie de moins de 2 000€ ont accès géographiquement et financièrement à 0,07 tantièmes de places en Ehpad en moyenne (courbe bleue), alors que sans critère financier ces mêmes individus auraient accès à 0,1 tantième de places (courbe rouge). Les personnes dont le niveau de vie est supérieur à 3 000€ ont accès à géographiquement et financièrement à au moins 0,17 tantième de places, dont 0,10 correspondent à des places non habilitées à l'aide sociale (courbe verte).

Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France hexagonale

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019

2. Au niveau départemental :

Les politiques publiques de solvabilisation du recours aux Ehpad étant essentiellement départementales, l'indicateur a également été calculé à l'échelle départementale. A cette échelle, la recherche permet de mettre en évidence différentes configurations départementales en fonction de l'effet du revenu courant sur l'accessibilité aux Ehpad. Plus précisément, l'analyse par département montre que la variabilité des politiques

départementales notamment en termes d'habilitation et de conventionnement à l'aide sociale conduit à une variabilité, plus ou moins forte, de l'accessibilité par rapport au revenu.

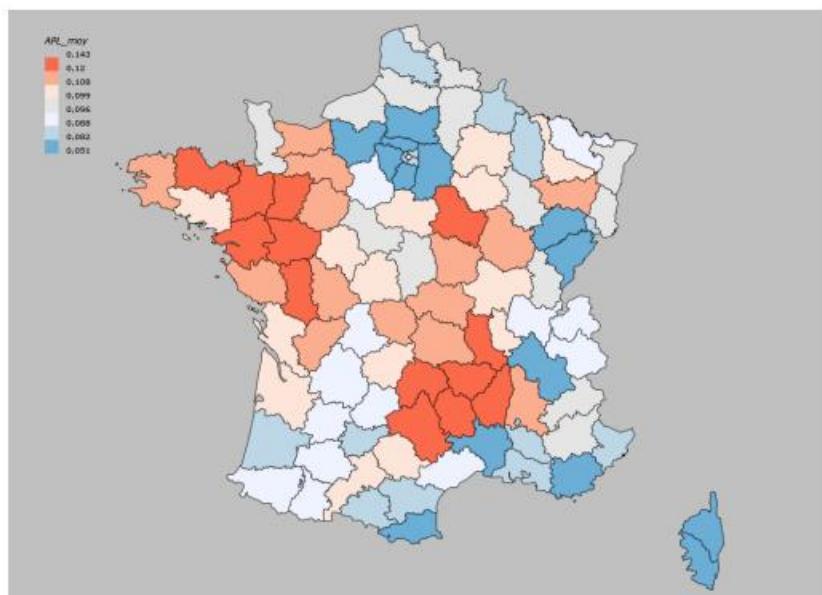
2.1 Hétérogénéité des contextes départementaux en termes d'habilitation et de conventionnement

L'accessibilité géographique et financière aux Ehpad, à revenu relatif donné, dépend de plusieurs phénomènes très variables d'un département à l'autre : le taux d'équipement, l'étendue de la politique d'habilitation, et les niveaux des tarifs « hébergement », qu'ils soient administrés par les conseils départementaux ou fixés librement par les Ehpad.

- *Accessibilité géographique*

Le taux d'APL moyen par département varie en 2019 de 5 (Corse-du-Sud) à 14 lits (Lozère) pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus, accessibles à moins de 60 minutes (avec fonction décroissante). De manière générale, l'accessibilité géographique est plus forte dans les départements de Bretagne et Pays-de-la-Loire et plus faible en Île-de-France, dans le Nord et sur la côte méditerranéenne (voir figure 4)

Figure 4 : Accessibilité géographique aux Ehpad par département.



Note : Nombre moyen de lits accessibles géographiquement à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) par habitant de 75 ans ou plus.

Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

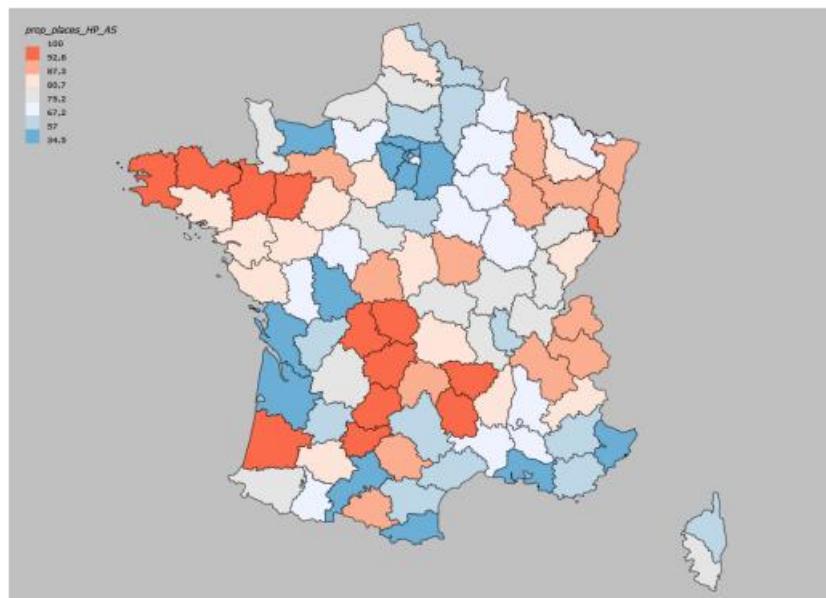
Lecture : Les Landes comptent en moyenne 9,4 lits accessibles géographiquement à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 habitants de 75 ans ou plus.

- *Etendue de l'habilitation à l'aide sociale*

La proportion de places habilitées à l'aide sociale est de 73,2 % à l'échelle nationale, mais elle varie de 34,5 % (Vienne) à 100 % (Lozère) (voir figure 5). Globalement les départements ayant une forte accessibilité géographique aux Ehpad ont aussi une forte proportion de places habilitées à l'aide sociale. Toutefois certains départements se distinguent. Par exemple, la Vienne qui a une accessibilité géographique élevée (0,12 lits par habitants) propose seulement

34,5 % de places habilitées à l'aide sociale. Le constat est similaire pour la Charente-Maritime ou le Calvados. A l'inverse, certains départements proposent en moyenne peu de places relativement à leur population mais en majorité des places habilitées à l'aide sociale. C'est le cas de la Corse-du-Sud, des Landes, du Gers, du Tarn-et-Garonne et du Lot, de l'Isère, de la Savoie et du quart Nord-Est.

Figure 5: Proportion de places habilitées à l'aide sociale par département.



Champ : départements de France hexagonale.

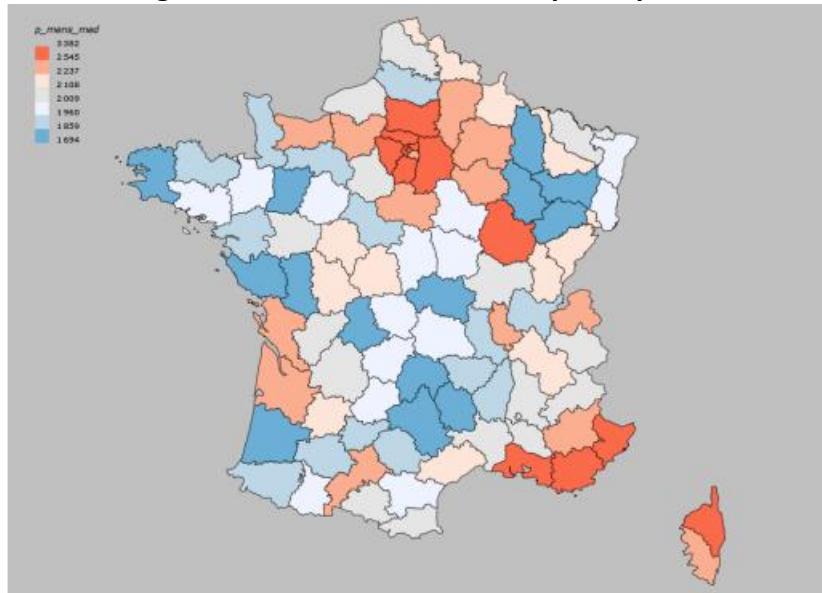
Sources : Drees, EHPA 2019. Lecture :

Lecture : Les Landes comptent 99,5 % de places habilitées à l'aide sociale

- *Tarification*

Enfin, les tarifs médians sont eux aussi très variables d'un département à l'autre. Pour ce qui est des tarifs libres (voir figure 6), ils sont particulièrement élevés en Île-de-France, Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur mais particulièrement faibles dans certains départements ruraux comme la Haute-Saône, le Cantal, la Meuse ou les Vosges. Que l'on considère la médiane des tarifs administrés ou celle des prix libres, les départements s'ordonnent de la même manière (voir figure 7).

Figure 6 : Tarifs libres médians par département.

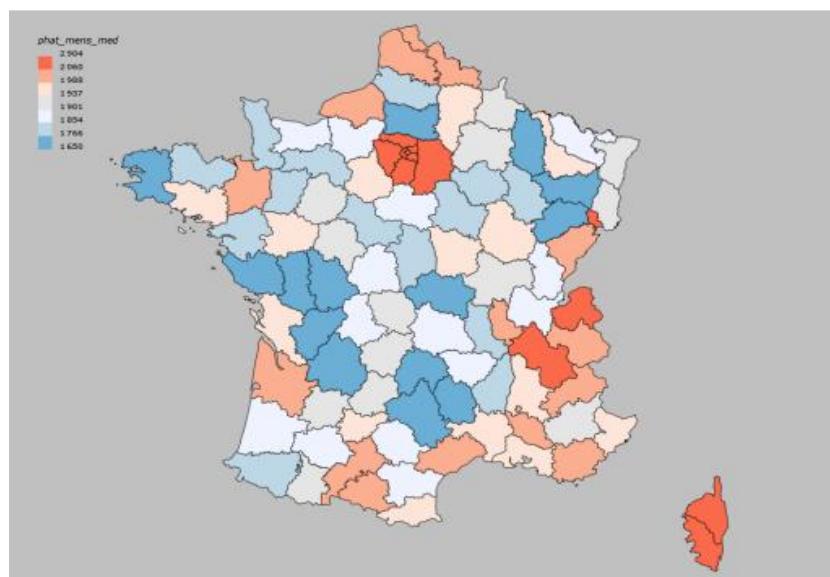


Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : Le Finistère fait partie des 14 départements où le prix libre médian est compris entre 1694 et 1859 euros/mois

Figure 7 : Tarifs administrés médians par département.



Champ : départements de France hexagonale

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : Le Finistère fait partie des 14 départements où le tarif médian administré est compris entre 1650 et 1766 euros/mois

2.2 Une majorité de départements au profil d'accessibilité géographique et financière similaire au profil national et quelques départements atypiques

Pour quantifier l'effet du revenu sur l'accessibilité géographique et financière, l'AGFE et l'APL sont représentés par percentile de revenu ont été calculés à l'échelle départementale. Certains départements étant plus peuplés que d'autres, on représente, pour chaque percentile, un indicateur moyen par personne, afin de permettre la comparaison entre les départements

Les résultats département par département sont présentés dans la figure 8. Malgré les différences de politiques départementales, la plupart des départements présentent un profil assez similaire au profil national, avec une AGFE inférieure à l'APL d'environ 25% jusqu'au 60ème ou 70ème percentile de revenu, puis un croisement des courbes vers le 80ème percentile de revenu, l'AGFE devenant alors supérieure à l'APL. Ces différents départements se distinguent essentiellement par le niveau général d'accessibilité géographique qui peut être plus élevé ou plus faible que l'accessibilité agrégée au niveau national (voir par exemple la côte d'Or (21) pour un niveau plus élevé, et l'Oise (60) pour un niveau plus faible).

Certains profils plus atypiques apparaissent cependant, ce que nous détaillons ci-dessous en les illustrant par un département exemplaire.

- Une première configuration rassemble les départements ayant fait le choix d'un niveau d'habilitation à l'aide sociale très élevé, illustré ici par le cas extrême de la Lozère (48), Figure 9³⁹, qui a la particularité de n'avoir que des Ehpad totalement habilités à l'aide sociale (100 % des places habilitées à l'aide sociale). Une part importante de ces places (61,5 %) se trouve cependant dans des Ehpad avec convention d'aide sociale. Pour ces places, il existe donc deux tarifs (administré ou libre) selon le statut du résident (bénéficiaire de l'ASH ou non). Le faible écart entre ces tarifs conduit à n'exclure que très peu de personnes des « classes moyennes » de l'accessibilité. Comme l'habilitation totale induit une tarification encadrée et majoritairement administrée par le département, les places sont presque toutes accessibles financièrement à la fois aux personnes ayant des revenus modestes (qui peuvent recourir à l'ASH) et aux personnes ayant des revenus plus élevés (qui financent sur leurs ressources propres). Dans ce département, il en résulte un accès similaire aux Ehpad quel que soit le revenu des personnes âgées de 75 ans ou plus, correspondant aux accessibilités géographiques sans critère financier par percentile : les résultats obtenus au moyen de l'indicateur AGFE pour mesurer l'accessibilité aux EHPAD sont à peine plus faibles que ceux obtenus au moyen de l'indicateur APL, lorsque l'on considère les individus ayant un revenu inférieur au 70ème percentile, à peine plus élevés lorsqu'on considère les individus ayant un revenu supérieur. Utiliser l'indicateur d'APL pour apprécier l'accès aux Ehpad peut donc apparaître pertinent puisque la contrainte budgétaire des individus est supprimée par la politique d'habilitation à l'aide sociale.

³⁹ Les conclusions sont similaires pour le département des Landes (40), la Haute-Loire (43), le Territoire de Belfort (90), voire l'Ariège (09), la Haute-Vienne (87), le Finistère (29), le Lot (46) car ils ont des taux d'habilitation à l'aide sociale élevé

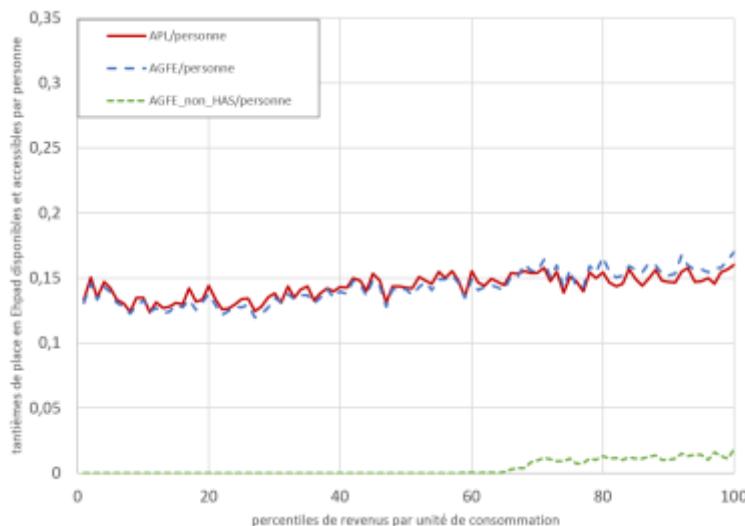
Figure 8: Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu et par département



Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France métropolitaine.
 Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

- Un deuxième profil correspond aux départements qui ont au contraire une faible proportion de places habilitées à l'aide sociale, illustré ici par la Charente Maritime (17), Figure 10. Dans ce département, le niveau de l'accessibilité géographique aux Ehpad est comparable au niveau national moyen (0,1 places accessibles à moins d'une heure par personne). Moins de 40% des places sont habilitées à l'aide sociale. Cela induit une distribution de l'accessibilité vers les plus aisés au détriment des plus pauvres, d'autant plus marquée que le niveau des prix pour les places non habilitées est élevé : 90% des prix libres sont supérieurs à 1 897 euros par mois quand le revenu médian du département est de 1 592 euros par mois. La réserve de places non habilitées est donc non seulement importante en volume, mais aussi concentrée sur une faible fraction de la population. Dans ce département, il en résulte un accès aux Ehpad selon le revenu encore plus hétérogène qu'à l'échelle nationale : les habitants de 75 ans ou plus du 1er percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,040 places disponibles par personne tandis que ceux du 99ème percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,339 (contre respectivement 0,067 et 0,235 à l'échelle nationale).
- Enfin, le troisième profil est celui du Rhône (69), figure 11. Il illustre l'effet de la double tarification des places habilitées à l'aide sociale lorsque l'écart entre les deux tarifs est important (cas des Ehpad faiblement habilités). La proportion de places habilitées à l'aide sociale est plus élevée qu'en Charente Maritime (65,8%). Mais, le point important est que ces places sont installées dans des établissements autorisés à facturer deux tarifs différents selon le statut du bénéficiaire vis-à-vis de l'ASH. Une partie des habitants ne peut donc accéder à ces places ni via l'ASH, car leur revenu est supérieur au tarif administré, ni avec leurs propres ressources qui sont inférieures au tarif libre. On constate que l'indicateur d'accessibilité géographique et financière diminue légèrement à partir du 55ème percentile et ne retrouve son niveau initial qu'au 75ème percentile de revenu, reflétant une barrière financière spécifique des classes moyennes supérieures. Ce profil n'est pas exceptionnel puisqu'on le retrouve notamment dans les départements des Alpes maritimes (06), des Bouches du Rhône (13), du Calvados (14), de la Haute Garonne (31)

Figure 9: Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département de Lozère (48)

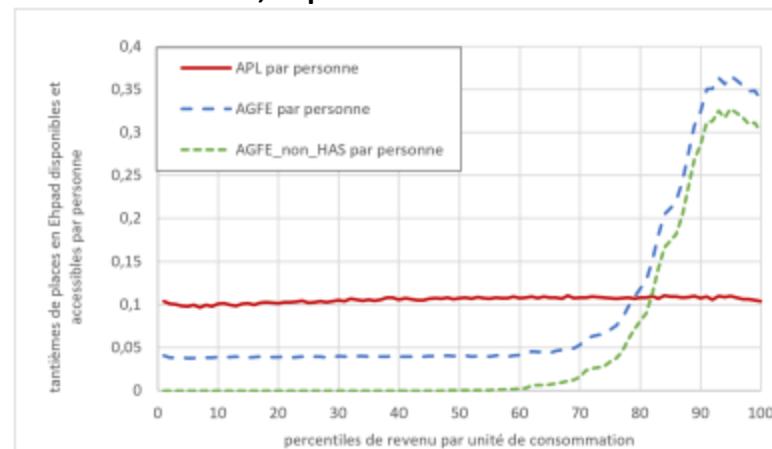


Champ : individus de 75 ans ou plus résidant en Lozère.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

Lecture : La Lozère compte 27 Ehpad et 1529 places d'hébergement permanent (HP), toutes habilitées à l'aide sociale, dont 38,5% sont installées dans des Ehpad intégralement habilités sans convention (tarif unique). Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 1762 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 1793 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1406 euros/mois. L'accessibilité géographique et financière aux Ehpad repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale pour les personnes dont le revenu est inférieur au 65ème percentile. L'écart entre l'APL et l'AGFE ne dépasse jamais 0,013 tantième de place par personne.

Figure : 10– Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département de la Charente Maritime (17).



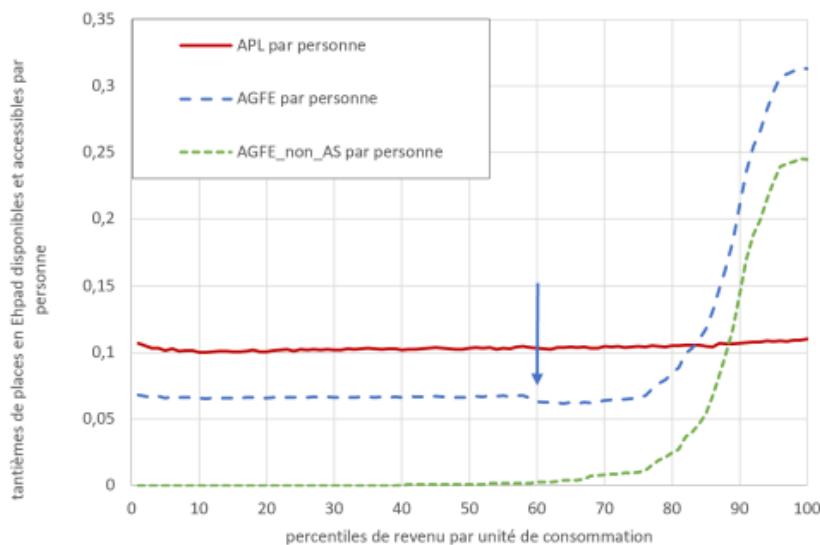
Champ : individus de 75 ans ou plus résidant en Charente Maritime (17).

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

Lecture : La Charente maritime compte 116 Ehpad et 8323 places d'hébergement permanent (HP), dont moins de la moitié (39,9%) sont habilitées à l'aide sociale, et sont installées, pour l'essentiel dans des établissements intégralement habilités avec convention (21,1%) ou sans convention (13,5%). Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 1936 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 2325 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1592 euros/mois. Jusqu'au 60ème percentile de revenu l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale et s'établit à 38% de l'APL. Les places non habilitées à l'aide sociale, situées pour

l'essentiel dans des établissements non habilités constitue une réserve importante (47,7% des places) pour une part restreinte de la population. L'écart entre l'APL et l'AGFE voisine les 0,25 tantièmes de place par personne au delà du 92ème percentile de revenu.

Figure 11 – Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département du Rhône (69).



Champ : individus de 75 ans ou plus résidant dans le Rhône.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

Lecture : Le Rhône compte 161 Ehpads et 12823 places d'hébergement permanent (HP). Près des deux tiers des places (65,8%) sont habilitées à l'aide sociale, dont la quasi totalité est installée dans des établissements pouvant facturer deux tarifs différents selon le statut du bénéficiaire (intégralement habilités avec convention ou habilitation partielle faible). Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 2036 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 2347 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1755 euros/mois. Jusqu'au 50ème percentile de revenu l'accessibilité géographique et financière aux Ehpads repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale et s'établit environ à deux tiers de l'APL. A partir du 55ème la valeur de l'AGFE baisse et ne retrouve son niveau initial qu'au 75ème percentiles de revenus, témoignant d'une contrainte financière plus forte que pour les personnes de revenu inférieur. L'AGFE dépasse l'APL de 0,10 tantième de place par personne au delà du 90ème percentile de revenu.

3. L'AGFE un indicateur utile pour mieux comprendre les enjeux des politiques de solvabilisation de l'accès aux Ehpads et un outil possible de simulation et de pilotage pour les décideurs publics

Au total, l'indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpads, tel que nous l'avons défini, participe d'une meilleure compréhension des enjeux des politiques de solvabilisation de l'accès aux Ehpads à plusieurs titres.

Tout d'abord il permet de quantifier l'impact du niveau de revenu sur l'accessibilité aux Ehpads et donc d'apprécier l'équité verticale dans l'accès aux Ehpads à l'échelon national. Calculable à l'échelle départementale, cet indicateur permet de comparer l'impact du revenu sur l'accessibilité aux Ehpads d'un département à l'autre et ouvre ainsi la possibilité d'analyses en termes d'équité géographique nuancées. En effet, si dans un cadre de politiques

décentralisées, il n'y a pas lieu nécessairement d'imposer à toutes les collectivités départementales d'organiser un même niveau d'accès aux Ehpad, l'Etat central pourrait cependant avoir des critères de justice portant sur l'inégalité d'accès en fonction du revenu.

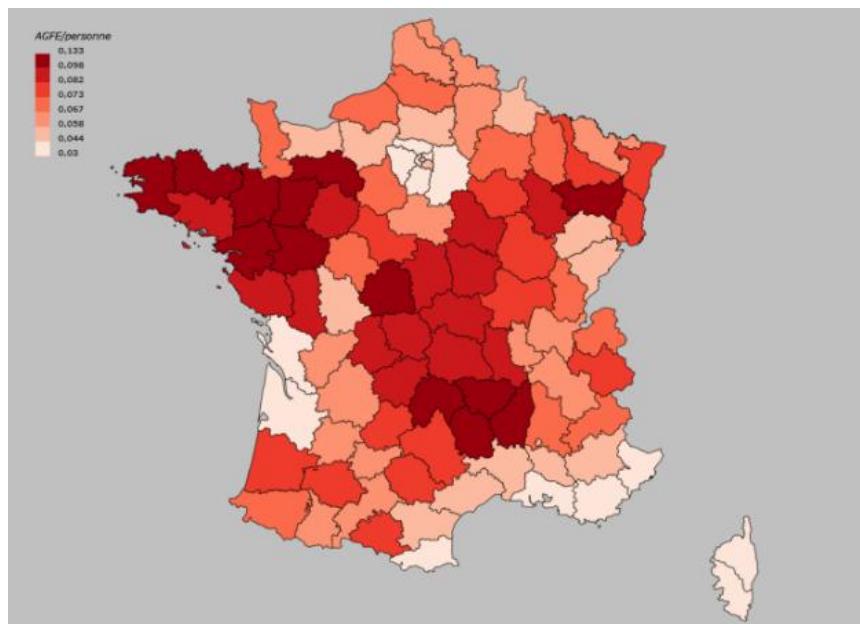
Ensuite, l'indicateur proposé intègre à la fois le nombre de places accessibles aux individus et la concurrence qui s'exerce sur ces places : pouvoir financer une place près de chez soi ne garantit pas d'y avoir accès le moment venu, dès lors que de nombreuses autres personnes sont dans la même situation. Raisonner en tantièmes de places potentiellement disponibles permet de mieux comprendre les mécanismes d'action des politiques de solvabilisation. En effet, le mode de calcul de l'indicateur permet de faire apparaître le double effet des barrières financières : non seulement elles modifient le nombre de places accessibles en fonction du revenu, mais, simultanément elles créent pour les plus riches une réserve de places plus facilement disponibles car partagées entre peu de personnes. L'ampleur de cette réserve de places dépend tout d'abord des pratiques de fixation des prix libres par les établissements. Mais, chacun des leviers politiques aux mains des départements (autorisation, habilitation, conventionnement et tarification) peut aussi la modifier en transformant la configuration départementale du secteur des Ehpad. Les résultats empiriques obtenus, même s'ils mériteraient d'être affinés et approfondis, montrent déjà comment les choix faits par certains départements permettent l'égalisation de l'accessibilité quel que soit le niveau de revenu quand d'autres renforcent au contraire l'inégalité. Ces résultats attirent en particulier l'attention sur le rôle de l'habilitation partielle faible et des conventions d'aide sociale autorisant à pratiquer deux prix différents selon le niveau de revenu des personnes via leur statut vis-à-vis de l'ASH : lorsque ce dispositif concerne une part importante des places et s'accompagne d'un écart sensible entre les deux prix, il peut aller jusqu'à réduire l'accessibilité pour les personnes dont les niveaux de revenus sont juste trop élevés pour leur permettre de bénéficier d'une solvabilisation via l'ASH.

Par ailleurs, la sensibilité de l'indicateur aux leviers des politiques départementales permettrait aux pouvoirs publics locaux de l'utiliser comme un outil de simulation pour apprécier par exemple les effets d'une modification de leurs pratiques tarifaires sur le niveau d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad à l'échelle de leur département. En effet, en le calculant non pas avec des données observées mais avec les données cibles de politiques (modification du taux d'habilitation, modification des tarifs administrés...) il permettrait de quantifier *a priori* l'impact de telles politiques sur l'accessibilité moyenne, sur l'accessibilité de certaines parties de la population ou encore sur la variation de l'accessibilité en fonction du niveau de revenu.

L'indicateur pourrait également être mobilisé comme un outil de pilotage par le décideur central soucieux d'objectifs en termes d'équité géographique dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées. Calculable à l'échelle départementale, l'indicateur de l'AGFE permet en effet de comparer l'impact du revenu sur l'accessibilité aux Ehpad d'un département à l'autre et ouvre ainsi la possibilité d'analyses en termes d'équité géographique nuancées. Si dans un cadre de politiques décentralisées, il n'y a pas lieu nécessairement d'imposer à toutes les collectivités départementales d'organiser un même niveau d'accès aux Ehpad, l'Etat central pourrait cependant avoir des critères de justice portant sur l'inégalité d'accès en fonction du revenu. Ainsi par exemple, l'Etat central pourrait viser à égaliser l'accessibilité financière et géographique aux Ehpad pour les individus vivant au niveau du minimum vieillesse, qui correspond peu ou prou aux individus composant le 1^{er} décile de

chaque département. Comme le montre la figure 12, cette égalisation d'accessibilité est en effet loin d'être atteinte avec des écarts importants en termes de tantième de places : on passe ainsi de 0,03 tantième de lits dans certains départements du sud de la France et la région parisienne à 0,133 tantième de places dans la plupart des départements bretons ou du massif central. Cette stratégie visant à assurer un minimum d'accessibilité financière et géographique aux individus appartenant au 1^{er} décile de revenu de chaque département serait compatible, avec le fait d'accepter des inégalités d'accessibilité géographique et financière selon le revenu variables d'un département à l'autre (cf. Figure 13). Alternativement, l'Etat pourrait choisir d'égaliser l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad selon le revenu dans tous les départements, tout en laissant les conseils départementaux libres de gérer selon leur discréption le volet domicile de la prise en charge.

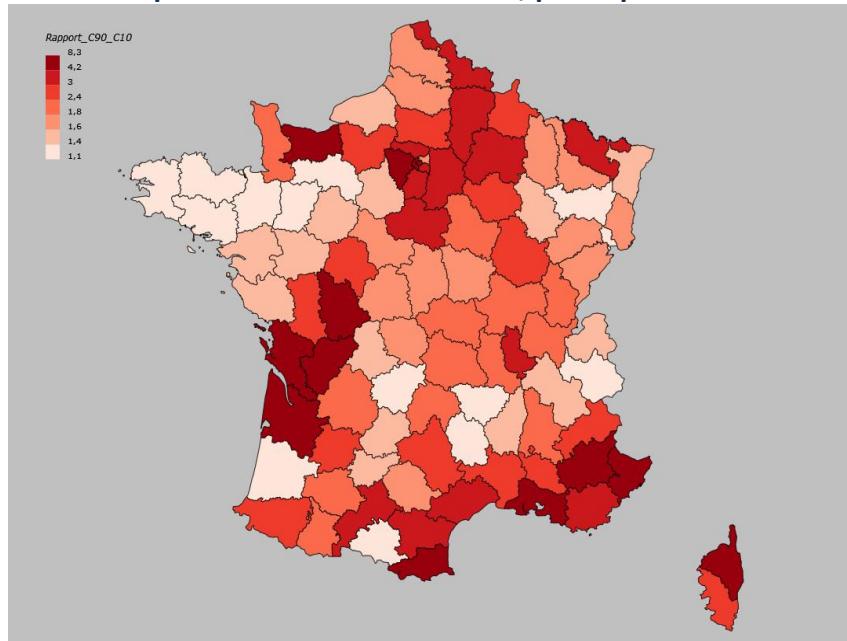
Figure 12 Cartographie de l'AGFE pour une personne dont le niveau de revenu correspond au 10^e percentile de son département (en tantième de place par personne)



Champ : individus de 75 ans ou plus résidant dans le Rhône.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

**Figure 13 : Rapport entre les niveaux d'AGFE
des personnes en C90 et en C10, par département**



Champ : individus de 75 ans ou plus résidant dans le Rhône.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFiP, FIDELI 2019.

Lecture : En Gironde, l'accessibilité géographique et financière des 10 % des personnes les plus riches est à 4 à 8 fois plus élevée que l'accessibilité géographique et financière des 10 % des personnes les moins riches.

Bibliographie

Carrère, A. (2023), « L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale », Institut des politiques publiques.

Carrère, A. and Monirijavid, S. (2023), « Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale », Etudes et résultats - DREES 1279.

CONCLUSION

Les travaux théoriques, méthodologique et empiriques menés dans le cadre de la recherche Equidec autour d'une famille particulière d'indicateurs d'accessibilité aux Ehpad ont permis d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche à l'origine du projet : comment juger des inégalités géographiques entre collectivités territoriales dans un contexte de politiques partiellement décentralisées ?

La recherche a permis de produire de nombreux résultats et enseignements, qui nous semblent pouvoir contribuer utilement à alimenter la réflexion des décideurs publics nationaux et locaux en matière de régulation du secteur de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Tout d'abord, la recherche a contribué à produire une grille d'analyse normative permettant d'apprécier les inégalités interdépartementales de prise en charge de la perte d'autonomie, dans un contexte de politiques publiques partiellement décentralisées. Notamment, ont été identifiées quatre familles de théorie de la justice permettant chacune de concilier l'exigence d'équité exprimée à l'échelon central et une logique de décentralisation (chapitre 1).

Ensuite les travaux ont permis de produire un état des lieux des différents régimes départementaux en matière de tarification et d'habilitation, aboutissant notamment à une segmentation dichotomique du secteur des Ehpad en termes de prix (chapitre 2) et de construire un indicateur original d'accessibilité géographique et financière en Ehpad (AGFE), interprétable normativement dans le cadre de l'une des théories de justice sociale identifiées par la recherche (chapitre 3).

Par ailleurs, les travaux menés ont permis de quantifier l'accessibilité des EHPAD et son évolution en fonction du niveau de revenu (chapitre 4). Sensible aux différences de pratiques tarifaires des départements, l'indicateur de mesure retenu dans la recherche a permis de comparer l'impact du revenu sur l'accessibilité aux Ehpad d'un département et de mettre en évidence qu'une partie des inégalités interdépartementales d'accessibilité selon le revenu tenait à des différences de politiques départementales en matière de tarification et d'habilitation. Il a été montré que, à l'échelon national, l'accessibilité financière et géographique aux Ehpad était peu sensible au revenu jusqu'au 6^e décile de revenu mais croissait fortement au-delà. Les comparaisons interdépartementales ont montré pour leur part que si la majorité des départements présentait un profil d'accessibilité selon le revenu comparable à celui observé au niveau national, quelques départements présentaient des profils originaux, liés à leur choix en matière de régime de tarification et d'habilitation. Ces derniers peuvent être regroupés en trois catégories. Les départements qui présentent des taux d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad similaire quel que soit le revenu de la personne âgée, en raison d'une politique départementale ayant retenu un niveau d'habilitation à l'aide sociale très élevée. Les départements qui au contraire ont fait le choix d'une proportion de places habilitées à l'aide sociale, qui conduit à une inégalité d'accessibilité géographique et financière plus prononcée qu'à l'échelle nationale entre le premier et le dernier décile de revenu. Enfin, les départements où la pratique de la double tarification des places habilitées à l'aide sociale concerne un nombre de places important et des écarts de tarifs importants. En effet, ce type de pratique est à l'origine d'une barrière financière

spécifique aux classes moyennes supérieures, trop pauvres pour bénéficier de l'ASH et pas assez fortunées pour pouvoir financer les places chères.

Enfin, à partir de la réflexion sur les modalités de calcul de l'indicateur, les travaux ont permis d'analyser le rôle des différents leviers de politique publique sur le niveau et le profil d'AGFE d'une part et d'illustrer comment l'indicateur d'AGFE pourrait être utilisé pour simuler l'impact de modification des paramètres de ce type de politique, d'autre part.

La question de recherche posée par la recherche Equidec était cependant ambitieuse et les travaux menés n'ont pas permis de répondre totalement aux objectifs qui avaient été initialement fixés. Ainsi nous ne sommes pas allés jusqu'à interpréter ces inégalités d'AGFE en termes d'inéquité faute d'avoir réussi à finaliser de manière synchronique l'analyse normative permettant de passer d'une analyse en termes d'inégalités à une interprétation en termes d'inéquité géographique. Ceci étant, même s'ils restent partiellement aboutis, ces travaux - menés grâce au financement de l'IRESP- ont constitué une étape décisive pour l'équipe Equidec en termes de compréhension des enjeux normatifs de l'évaluation des politiques publiques partiellement décentralisées et de maîtrise des questions méthodologiques et empiriques associées. Cela a notamment permis à l'équipe de progresser dans l'identification des conditions nécessaires pour évaluer l'équité géographique en matière d'accès aux soins de long terme dans un contexte partiellement décentralisé. L'équipe a ainsi pu élaborer un nouveau projet de recherche, Equidec 2, visant à étudier les critères d'évaluation de l'équité territoriale en matière d'accès aux soins de long terme (à domicile et en institution). Ce projet coordonné par Clémence Thébaut, a reçu le soutien financier de l'Agence Nationale de la Recherche en octobre 2024⁴⁰. Equidec 2 n'aurait pu voir le jour sans le financement de l'IRESP.

⁴⁰ <https://anr.fr/fileadmin/aap/2024/selection/aapg-2024-selection.pdf>

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.

1. Liste des articles et communications écrites

Dubois C., Thébaut C., <i>Évaluer l'ordre de prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans un contexte décentralisé : modèles de justice, critères d'évaluation et comparaison</i> , Note EQUIDECn°1, 8 pages, Mai 2023	<u>https://hal.science/hal-04583893/document</u>
Bonnet C., Fontaine R., <i>Régulation du secteur des Ehpad : autorisation, habilitation, tarification, conventionnement</i> , Note EQUIDECn°2, 10 pages, Février 2024	<u>https://hal.science/hal-04667496v1/document</u>
Bonnet C., Carrère A., Fontaine R., Gramain A., Wittwer J., <i>Accès géographique et financier aux Ehpad : présentation théorique d'un indicateur de mesure</i> , Note EQUIDEC n°3, 10 pages, Juin 2023	<u>https://hal.science/hal-04521336v1/document</u>
Carrère A., Gramain A., <i>Un indicateur de mesure de l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad : application</i> , Note EQUIDEC n°4, 47 pages, Février 2024	<u>https://hal.science/hal-04507102/file/Note_equidec4.pdf</u>
Bonnet C., Dubois C., Carrère A., Fontaine R., Gramain A., Jusot F., Thébaut C., Wittwer J., <i>Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation</i> , Document de travail du BETA 2024-09, 47 pages, Mars 2024	<u>https://beta.u-strasbg.fr/WP/2024/2024-09.pdf</u>
Dumas Baptiste, <i>Le principe d'égalité face à la mise en œuvre décentralisée des droits sociaux</i> , 5 pages, Août 2023	

2. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Présentation du projet de recherche EQUIDEC : l'accès géographique et financier aux Ehpad, évaluation de l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation, au CNSA à Metz par Carole Bonnet, Cécile Bourreau-Dubois, Amélie Carrère, Roméo Fontaine, Agnès Gramain, Florence Jusot, Clémence Thébaut et Jérôme Wittwer, Chaire SIAGE, le 05/12/2024.
- Présentation du projet de recherche EQUIDEC : accessibilité géographique et financière aux Ehpad, évaluation de l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation, aux JIR-IRIAF à Niort, par Carole Bonnet, Cécile Bourreau-Dubois, Amélie

Carrère, Roméo Fontaine, Agnès Gramain, Florence Jusot, Clémence Thébaut et Jérôme Wittwer, 27-28 juin 2024

3. Présentation du projet de recherche EQUIDEC : premiers résultats, suite envisagée et potentiels points d'accroche aux axes du laboratoire, aux Journées du BETA, par Agnès Gramain et Cécile Bourreau-Dubois, le 23/03/2024
4. Présentation du projet de recherche EQUIDEC au Conseil scientifique de la CNSA devant la commission avis thématique, par Roméo Fontaine le 22/01/2024
5. Présentation du projet de recherche EQUIDEC : premiers résultats et perspectives au GTI, par Cécile Bourreau-Dubois le 16/10/2023
6. Présentation du projet de recherche EQUIDEC : Journée « santé » du BETA, coordonnée par Cécile Bourreau-Dubois (BETA), avec la participation de Carole Bonnet (INED), Amélie Carrère (IPP), Roméo Fontaine (INED), Agnès Gramain (BETA, CESAER), Florence Jusot (LEDA), Clémence Thébaut (EpiMaCT) et Jérôme Wittwer (BPH). Financement : IRESP (CNSA). Perspectives : dépôt d'ANR 2023 (prolongements) et projet de recherche délégation INRAE (compléments), le 02/10/2023
7. Présentation du projet de recherche EQUIDEC : l'accès géographique et financier aux Ehpad, évaluation de l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation, devant le JESF à Bordeaux, par Carole Bonnet, Cécile Bourreau-Dubois, Amélie Carrère, Roméo Fontaine, Agnès Gramain, Florence Jusot, Clémence Thébaut, et Jérôme Wittwer en 2023
8. Présentation du projet de recherche EQUIDEC : premiers résultats et perspectives, par C. Bonnet (Ined), C. Bourreau-Dubois (Beta), A. Carrère (IPP), R. Fontaine (Ined), A. Gramain (Beta), F. Jusot (LEDA), C. Thébaud (EpiMaCT) et J. Wittwer (BPH), le 20/11/2023.